

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**O SUPORTE DO ENFERMEIRO NA AUTOGESTÃO DA
DOENÇA ONCOLÓGICA:
Uma Revisão Sistemática da Literatura**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação de Mestrado orientada pela
Professora Doutora Lígia Maria Monteiro Lima
e co-orientada pela
Professora Doutora Maria Celeste Bastos Martins de Almeida

Rúben Miguel Câmara Encarnação
Porto | 2014

“A real medida do sucesso deve focar-se na capacidade que o utente tem de viver uma vida independente e bem sucedida, da forma como ele a vê.”

(Rogers, 1982)

AGRADECIMENTOS

Às Professoras Doutoras Lígia Lima e Celeste Bastos pela disponibilidade, apoio, sugestões, confiança, incentivo, rigor, exigência e conhecimento que demonstraram e partilharam ao longo de todo este percurso, para que esta investigação fosse uma realidade.

À Professora Doutora Célia Santos pela partilha de conhecimentos, experiência e pela confiança e incentivo com que sempre me apoiou ao longo deste período e, acima de tudo, pela possibilidade que me deu de integrar um projeto de investigação na Unidade Científico-Pedagógica “Autocuidado” da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Ao Professor e Mestre Bruno Magalhães, especialmente pelo conhecimento e experiência que demonstrou ter em relação à metodologia desta investigação.

À Cláudia Sousa pelo carinho, confiança e amor com que sempre me apoiou ao longo deste caminho.

Aos meus pais, irmãos e avó pelo amor, compreensão e ânimo que nunca deixaram de demonstrar!

Aos meus amigos pelo interesse que manifestaram, pela compreensão, pela ajuda prestada e pelo tempo que não lhes consegui dedicar.

Aos meus colegas de mestrado, em especial à Vânia Braga, pela partilha de saberes e pelo incentivo demonstrados.

A todas as pessoas que de uma maneira ou outra contribuíram para esta etapa...

...MUITO OBRIGADO!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DGS – Direção Geral de Saúde

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

HADS – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

IARC – Agência Internacional para a Investigação sobre o Cancro

ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros

ND – Não aplicável/não Descrito

OMS – Organização Mundial de Saúde

UNIESEP – Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I: MÉTODO	25
1. Caraterização do estudo	25
2. Protocolo de revisão sistemática da literatura	26
<i>2.1 - Questão de investigação</i>	<i>27</i>
<i>2.2 - Objetivos da revisão sistemática</i>	<i>28</i>
<i>2.3 - Critérios de inclusão e exclusão</i>	<i>28</i>
<i>2.4 - Estratégia de pesquisa</i>	<i>29</i>
<i>2.5 - Procedimento de seleção dos estudos</i>	<i>32</i>
<i>2.6 - Procedimento de extração dos dados</i>	<i>33</i>
<i>2.7 - Procedimento de avaliação da qualidade metodológica</i>	<i>33</i>
<i>2.8 - Procedimentos éticos</i>	<i>35</i>
CAPÍTULO III: RESULTADOS	37
1. Caraterísticas dos participantes dos estudos	39
2. Caraterísticas das intervenções descritas nos estudos analisados	39
3. Resultados dos estudos	48
4. Qualidade metodológica dos estudos incluídos	52
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	55
CONCLUSÕES	63

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
ANEXOS.....	81
Anexo I – Construção das frases <i>booleanas</i> para as bases de dados selecionadas	83
Anexo II – Grelha de seleção dos estudos	89
Anexo III – Quadros de extração de dados	93
Anexo IV – Formulários de revisão crítica	99
Anexo V – Procedimento para o cálculo da pontuação da qualidade metodológica dos estudos.....	109
Anexo VI – Resultados da seleção dos estudos.....	113
Anexo VII – Formulários de revisão crítica dos estudos	161
Anexo VIII – Qualidade metodológica dos estudos incluídos...	233

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

LISTA DE FIGURAS:

FIGURA 1: Resultados da pesquisa.	38
--	----

LISTA DE QUADROS:

QUADRO 1: Aplicação da estratégia PICO.....	27
QUADRO 2: Critérios de inclusão e exclusão.	28
QUADRO 3: Amostra, métodos e resultados dos estudos em análise.	41
QUADRO 4: Características das intervenções dos estudos em análise.	44
QUADRO 5: Qualidade metodológica dos estudos selecionados.	53

RESUMO

Hoje sabe-se que as doenças crónicas são e serão um dos grandes problemas do sistema de saúde, não só porque o seu número continuará a aumentar, mas também porque envolvem uma série de custos para os sistemas de saúde e acima de tudo para o próprio utente. A doença oncológica surge como uma doença sem cura, com a qual é preciso “aprender a viver” e, como tal, é necessário que as pessoas adquiram competências e habilidades para a gerir.

Neste contexto, pretendeu-se estudar de que forma é que o enfermeiro, enquanto agente do suporte social formal, pode ter um papel mais importante na promoção da autogestão na doença oncológica.

Foi conduzida uma revisão sistemática da literatura de estudos publicados entre setembro de 2004 e março de 2013, presentes nas bases de dados CINAHL *Plus with Full Text* e MEDLINE *with Full Text*. Todo o processo de realização deste estudo teve como ponto de partida um protocolo de revisão, com o intuito de definir claramente a metodologia a aplicar. Este protocolo incluiu a formulação da questão de investigação, a definição dos critérios de inclusão e exclusão como forma de orientar a pesquisa, a estratégia de pesquisa, o procedimento de seleção dos estudos, o método de avaliação da qualidade metodológica e o procedimento de extração de dados. Os estudos foram analisados por dois revisores de forma independente, sendo consultado um terceiro investigador em situações de discordância entre os dois primeiros.

Dos 953 artigos identificados, apenas 10 foram incluídos nesta revisão. Destes, nove apresentaram qualidade metodológica elevada e um qualidade moderada. Quanto à tipologia dos estudos selecionados, sete são experimentais e três são quasi-experimentais.

As estratégias de intervenção descritas nos estudos selecionados compreenderam intervenções psicoeducativas sobre a doença, tratamentos e efeitos adversos, assim como o desenvolvimento e promoção de competências para gerir a doença oncológica e as limitações e adversidades que surgem ao longo da vivência do cancro.

Em geral, os estudos incluídos nesta revisão permitem chegar à conclusão de que as intervenções e programas desenvolvidos por enfermeiros ou equipas de enfermagem, destinadas a promover a autogestão, estejam associadas a um impacto positivo na autogestão doença oncológica. Conclui-se, assim, que os enfermeiros podem desenvolver um papel crucial na problemática da doença oncológica, em especial, na criação e implementação de programas destinados à promoção da autogestão na doença. É necessário desenvolver e testar mais programas de apoio destinados a facilitar a autogestão na doença oncológica.

Palavras-chave: Doença Oncológica; Autogestão da doença; Enfermeiro; Suporte Social.

Nurses's support in oncology self-management: a systematic literature review

ABSTRACT

Today we known that chronic diseases are and will be one of the major problems of the health system, not only because they will increase, but also because they involve a lot of costs to health systems and above all to the patient. The oncological disease is an incurable disease, with which patients must "learn to live". So, it is necessary that people acquire skills and abilities to manage the disease.

In this context, we wanted to determine how nurses, as part of formal social support, can play an important role in supporting self-management of oncologic disease.

We conducted a systematic literature review of studies published between September 2004 and March 2013. Electronic searches were conducted in *CINAHL Plus with Full Text* and *MEDLINE with Full Text*. The whole process of conducting this study as a protocol at starting point in order to clearly define the methodology. This protocol also contained the formulation of the research question and the definition of the criteria for inclusion and exclusion as a way to guide the search, the method of assessment of the methodological quality of studies and the method for data extraction. The studies were reviewed by two independent reviewers, and experts were consulted in case of disagreement between reviewers.

A total of 953 articles were identified, but only 10 met the inclusion criteria and were included in this review. Of these, nine had high methodological quality and

one had moderate quality. Regarding the types of the selected studies, seven were randomized controlled trials and three are quasi-experimental studies.

Intervention strategies described in the selected studies comprised education about the disease, treatments and side effects, as well developing and encouraging of acquisition of skills to manage the disease and the limitations and hardships that come along with a chronic condition experience.

In general, the studies included in this review let us conclude that interventions and programs developed by nurses or nursing teams, to encourage self-management, are associated with a positive impact on self-management of oncological diseases. Nurses can play a crucial role on oncology disease, especially in promoting his self-management. It is necessary to develop and test more interventions to support and facilitate oncology disease self-management.

Keywords: Oncology Disease; Disease Self-management; Nurse, Social Support.

INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado consiste numa revisão sistemática da literatura e integra-se no projeto de investigação “Autogestão na Doença Crónica”, em desenvolvimento na Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP). Este projeto tem como finalidade contribuir com conhecimento que suporte o ensino e as práticas, relacionadas com a promoção da autogestão, nomeadamente, através da identificação da evidência científica e do desenvolvimento de programas de intervenção.

Os avanços socioeconómicos e os progressos técnico-científicos nas várias áreas científicas, e em particular, na área da saúde, contribuíram para o aumento crescente da esperança média de vida e, consequentemente para um aumento exponencial de pessoas que convivem muito tempo com a doença e com as repercussões a ela associadas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a **doença crónica** como uma doença de longa duração, geralmente com progressão lenta dos sintomas (OMS, 2012). Várias questões têm sido levantadas em torno da doença crónica, não só por ser a principal causa de mortalidade no mundo, representada por 63% de todas as mortes (OMS, 2012), mas igualmente pelo elevado consumo de serviços de saúde que envolve e pelas suas repercussões aos níveis psicológico, social e económico (Pinto, 2008).

Dia após dia surgem novos casos de doença crónica e a perspetiva futura é de que estes números continuem a crescer. A **doença oncológica**, em particular, tem sido uma preocupação para as entidades de saúde, nos últimos anos. Em 2008, foi de 7,6 milhões, o número de pessoas que morreram vítimas de cancro, sendo esta a maior causa de morte em todo o mundo (IARC, 2012). Segundo Ferlay e colaboradores (2013), em 2012, este número aumentou para 8,2 milhões de pessoas

vítimas de cancro, registando-se 32,6 milhões de pessoas com diagnóstico de cancro há menos de cinco anos. Em Portugal, o cancro representa a segunda causa de morte com uma percentagem de 26% (OMS, 2011), apenas ultrapassado pelas doenças cardiovasculares com uma percentagem de 37% da mortalidade total.

No entanto, devido à deteção precoce do cancro e à eficácia dos tratamentos, verifica-se um número crescente de pessoas que sobrevivem ao cancro por longos anos. Paralelamente, sabe-se que o cancro trata-se de uma situação crónica, muitas vezes *stressante* e incapacitante, alterando completamente a vida e comprometendo a capacidade e a habilidade da pessoa para a execução das atividades de vida diária. Trata-se, portanto, de uma doença que alcança proporções verdadeiramente preocupantes, tornando-se num dos principais problemas de saúde da nossa era.

Surgem novas necessidades em cuidados de saúde, assim como a premência em alterar o paradigma de cuidados dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, desviando a sua atenção do modelo biomédico essencialmente focalizado no diagnóstico e tratamento da doença, que *“nem sempre constituiu a solução ideal para a pessoa doente, pois muitas vezes na busca desenfreada de acrescentar ‘anos à vida’, é descurada a necessidade de acrescentar ‘vida aos anos’”* (Pinto, 2008, p.22).

Não descurando a importância de todo o conhecimento desenvolvido em torno do tratamento da doença, os profissionais de saúde reconhecem que a gestão eficaz da doença é complexa e não se restringe às prescrições biomédicas. Alguns autores afirmam que o processo de recuperação da doença oncológica envolve um leque variadíssimo de mudanças, acarretando uma série de problemas para os quais as pessoas tentam adotar estratégias no sentido de retomar a normalidade da vida diária (Ozdilli, Wilkinson e Frew, 2013; Santos, 2003). Daqui, advém a necessidade de promover a autogestão da doença, com o objetivo de melhorar as respostas das pessoas aos processos de vida, saúde e doença.

Reequaciona-se, portanto, a necessidade de dar atenção não só à cura da doença, mas também ao controlo da mesma, dos seus sintomas e das implicações que esta possa despoletar na vida das pessoas, nomeadamente, através do desenvolvimento de estratégias de intervenção focadas na autogestão da doença, promotoras da mudança de comportamentos, do bem-estar e da qualidade de vida (CDC, 2009 cit. por Gale e Skouteris, 2013).

A **autogestão** é definida como a ação orientada para a saúde e, simultaneamente, para a gestão da doença, em que o objetivo é promover o

envolvimento e o controlo do doente sobre o tratamento e as repercussões da doença na sua vida (Newman, Steed e Mulligan, 2004; Foster *et al.*, 2007). Trata-se, portanto, de um processo dinâmico envolvendo as habilidades das pessoas para lidar com os sintomas, o tratamento, as consequências físicas e psicossociais, e as mudanças inerentes à vivência da doença crónica, no sentido de manter uma qualidade de vida satisfatória (McCorkle *et al.*, 2011; Barlow *et al.*, 2002). Dentro deste paradigma, a autogestão tem por objetivo apoiar as pessoas a manter um nível de bem-estar de acordo com as suas perspetivas pessoais (Lorig e Holman, 2003).

Neste processo são identificadas cinco competências: resolução de problemas; tomada de decisão; utilização de recursos; desenvolvimento de parcerias com os profissionais de saúde; e implementação de um plano de ação (Center for the Advancement of Health, 2002 cit. por Lorig e Holman, 2003).

Por definição, a autogestão compreende a resolução de problemas e inclui: a definição do problema; a formulação de possíveis soluções com o apoio de amigos e profissionais de saúde; a implementação da solução; e a avaliação do resultado (Lorig e Holman, 2003). Temos o exemplo apresentado por Lorig e Holman (2003) de uma pessoa que refere não poder visitar um familiar. Todavia, ao explorar o problema, o enfermeiro constata que a razão que a impede é porque tem a necessidade de oxigenoterapia contínua e julga que nesta condição é impossível viajar. Ao definir o problema, surgem várias ações passíveis de implementar.

A segunda competência está relacionada com as atitudes, a informação e os conhecimentos necessários para a tomada de decisão em resposta às mudanças na condição de saúde (Lorig e Holman, 2003). A verdade é que as pessoas com doença crónica se confrontam diariamente com a necessidade de tomar decisões. Por exemplo, quando uma pessoa necessita de iniciar um programa de exercício físico, é importante que disponha de informação para que não se verifique um agravamento do estado clínico, fruto do desconhecimento em relação às especificidades do programa implementado.

A terceira competência relaciona-se com a capacidade para localizar e utilizar diferentes recursos. A autogestão da doença inclui também o ensino sobre a procura dos recursos e a aprendizagem acerca da forma de os utilizar. Segundo Lorig e Holman (2003), para obter resultados mais eficazes na procura de informação e/ou apoio, é importante que a pessoa recorra a diferentes fontes de informação (recursos).

A quarta competência da autogestão está relacionada com o desenvolvimento de parcerias com os profissionais de saúde, com o intuito de obter

conselhos e discutir possíveis alternativas, a fim de tomar decisões informadas sobre a doença.

Por último, a quinta competência relaciona-se com a criação de um plano de ação e a sua implementação. Este plano envolve uma ação focada especificamente num comportamento, e deve, segundo Lorig e Holman (2003) ser realista e de curta duração (normalmente entre uma a duas semanas). Por exemplo, “esta semana vou caminhar durante 30 minutos, todos os dias”. A aquisição desta competência implica que a pessoa se sinta capaz e confiante para adotar determinado comportamento ou executar determinada tarefa com sucesso (Lorig e Holman, 2003).

Quando se abordam conceitos como a doença crónica e a autogestão da doença, não podemos deixar de falar do autocuidado. Na verdade, as questões do autocuidado não são recentes, mas isso não implica que estas não mereçam a atenção devida. Já em 1984, a OMS definia o **autocuidado** como um conjunto de atividades tomadas pelo indivíduo, família ou comunidade, com o objetivo de melhorar a saúde, prevenir ou limitar a doença e restaurar a saúde, derivando estas atividades do conhecimento e competências obtidas através de profissionais e da própria experiência de vida (OMS, 1984). É ainda identificado como um processo através do qual as pessoas assumem maior responsabilidade pela própria saúde, sabendo em que consiste, como se promove, o que a afeta, como a proteger, e o que fazer quando alguma coisa ‘corre mal’ (OMS, 1984).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define o autocuidado como a “*Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária*” (ICN, 2011, p.41).

Na perspetiva dos doentes, o autocuidado refere-se a um conjunto de atividades que capacitam as pessoas para lidarem com o impacto de uma situação de grande transformação nas suas vidas, lidar com mudanças emocionais, aderir ao regime terapêutico, e manter coisas importantes na sua vida como o trabalho, a atividade social e a família (Departamento de Saúde de Londres, s.d.).

Estes dois conceitos (autogestão da doença e autocuidado) ganham particular significado para as pessoas com doença crónica, na medida em que estas assumem também responsabilidade pelo processo de adaptação à doença. A evidência sugere que as pessoas com doença crónica podem melhorar a sua saúde e qualidade de vida, através da adoção de um papel mais ativo no processo de autogestão da mesma (Barlow, Turner e Wright, 2000; Tattersall, 2002; Newman, Steed e Mulligan, 2004). Num estudo desenvolvido com 10 mulheres vítimas de

cancro dos ovários, verificou-se que as que participavam ativamente no processo de autogestão possuíam mais conhecimentos acerca do tratamento do cancro, do prognóstico e do processo de evolução da doença, mantendo uma sensação de calma e de controlo sobre a doença (Schulman-Green *et al.*, 2012).

Ressalve-se que quando se tratam de doenças agudas, o doente é inexperiente e, portanto, os profissionais de saúde são os maiores detentores do conhecimento e aplicam esse conhecimento a um doente que assume, na maioria das vezes, um papel passivo. Quando se tratam de doenças crónicas, o papel desempenhado pelo doente e pelos profissionais de saúde não pode ser este. Com este sentido, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2012) adota uma visão centrada no desenvolvimento de habilidades/competências pessoais, enfatizando a cidadania e a responsabilidade do cidadão em contribuir para a melhoria da sua própria saúde. Do mesmo modo, a Carta dos Direitos do Doente Internado (DGS, s.d.) contém orientações no sentido do direito e dever do cidadão à participação e à decisão informada em saúde.

O doente é, portanto, o principal responsável pela gestão das suas atividades diárias, pela mudança de comportamentos, pela adaptação à doença e pela promoção da sua saúde e, os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros, surgem como promotores e facilitadores do desenvolvimento de tais competências, particularmente através da implementação de **intervenções de enfermagem** destinadas a promover a autogestão da doença.

Com as intervenções destinadas a promover a autogestão, o objetivo dos profissionais de saúde é apoiar a pessoa no desenvolvimento de habilidades para participar ativamente no processo de doença e no planeamento dos cuidados (Ozdilli, Wilkinson e Frew, 2013). Desta forma é criado um clima de confiança e empoderamento da pessoa, de modo a facilitar as tomadas de decisão relativas ao processo de recuperação e adaptação à doença, ou seja, facilitar a autogestão.

De acordo com os autores referidos no parágrafo anterior, a intervenção promotora da autogestão assenta fundamentalmente em cinco aspetos: (1) parceria entre os profissionais de saúde e os doentes na identificação de necessidades, no planeamento dos cuidados, no estabelecimento de metas e na monitorização do progresso; (2) partilha de experiências com outros sobreviventes; (3) apoio no acesso aos cuidados de saúde e na vigilância de sinais e sintomas; (4) motivação para a autogestão; (5) educação sobre a autogestão e promoção de estilos de vida saudáveis. Face a estas características, compreende-se que Lorig (2001 cit. por Koller *et al.*, 2012) defina as intervenções de apoio à autogestão da doença como uma série

de atividades complexas e planeadas, para promover os comportamentos de saúde e/ou a condição de saúde.

Com o objetivo de promover a participação dos doentes no processo de recuperação e adaptação à doença, tem-se verificado, recentemente, o recurso a intervenções de *“health coaching”*, focadas na própria pessoa, nas suas necessidades e no seu potencial de desenvolvimento. O conceito *“health coaching”* surgiu a partir das atividades de educação para a saúde que se tornaram populares nos anos 50 e que tinham por objetivo a mudança de comportamentos, a redução dos riscos de saúde e a promoção da saúde (Nyswander, 1953 cit. por Butterworth, Linden e McClay, 2007). Atualmente é definido como uma prática que compreende a educação e o apoio no desenvolvimento de comportamentos de autocuidado e de autogestão, em pessoas com doenças crónicas e respetivos membros da família, tendo como finalidade, o bem-estar, a qualidade de vida e a obtenção de ganhos em saúde (Palmer, Tubbs e Whybrow, 2003; Butterworth, Linden e McClay, 2007; Gale, 2012 cit. por Gale e Skouteris, 2013).

Com base na explanação das intervenções referidas anteriormente, comprovamos assim que, no processo de autogestão, o profissional de saúde não é excluído, não substitui o doente, mas assume essencialmente um papel de apoio e de suporte para o doente.

O **suporte social** surge como uma rede, em que se inclui os profissionais de saúde, sendo considerado, na literatura, como uma mais-valia na adaptação à doença (Kuczynski, 2008; Mattson e Hall, 2011). O suporte social proporcionado ao doente crónico pode ser entendido como um meio para promover a autogestão na doença crónica, nomeadamente, se os profissionais de saúde criarem intervenções com esse fim. Bandura refere que a perceção da capacidade para realizar determinado comportamento depende do reforço obtido através do suporte social (Bandura, 1989 cit. por Du e Yuan, 2010).

Segundo as definições mais antigas, como a de Albrecht e Adelman (1987 cit. por Mattson e Hall, 2011), o suporte social é entendido como a comunicação verbal e não-verbal que permite reduzir a incerteza e facilitar a sensação de controlo da experiência de vida. Silva e colaboradores (2003) definem este conceito como sendo uma experiência pessoal caracterizada pela intensidade com que o indivíduo se sente desejado, respeitado e envolvido.

Trata-se, portanto, de qualquer tipo de comunicação desenvolvida por diferentes pessoas ou entidades, que apoiam os doentes, proporcionando-lhes uma maior sensação de segurança e de controlo sobre a situação de doença.

O suporte social está fortemente correlacionado com a saúde e tem efeitos mediadores na sua proteção (Rutter & Quine, 1996 cit. por Ribeiro, 1999), desempenhando um papel importante ao longo do ciclo vital. Do mesmo modo, o suporte social é visto como um fator facilitador da gestão e recuperação da doença (Baldry e Walsh, 1999 cit. por Kuczynski, 2008; Mattson e Hall, 2011), afetando favoravelmente o bem-estar físico e psicológico (Schwarzer *et al.*, 2006), o processo de gestão do *stress* (Cohen e Wills, 1985 cit. por Mattson e Hall, 2011) e a vivência da doença oncológica (Wenzel *et al.*, 2002).

O suporte social está assim diretamente relacionado com o processo de gestão da doença, e assume-se como uma variável determinante, capacitando as pessoas para enfrentarem os desafios que uma doença crónica pode suscitar.

Estão documentadas diversas formas de categorização do suporte social, sendo comum a identificação de três tipos: suporte emocional, suporte instrumental e suporte informativo.

O suporte emocional está associado à partilha de vivências e envolve o apoio disponibilizado por pessoas que, através de uma relação de empatia e ajuda, se preocupam em escutar, dar amor, confiança, simpatia e bem-estar a nível psicológico, contribuindo para a diminuição do *stress* e dos problemas emocionais (Helgeson, 2003). De acordo com Schaefer, Coyne e Lazarus (1981 cit. por Mattson e Hall, 2011), o apoio emocional fortalece o indivíduo ao nível da promoção da autoestima e do sentido de pertença, incentivando-o a utilizar estratégias de *coping*.

O suporte instrumental consiste no apoio à realização de determinadas tarefas do dia-a-dia ou na ajuda financeira, e é normalmente assegurado por amigos, familiares ou vizinhos (Mattson e Hall, 2011; Helgeson, 2003).

O suporte informativo diz respeito aos conselhos, informações ou orientações fornecidas por alguém, particularmente os profissionais de saúde, que ajudam a pessoa a adquirir conhecimentos e competências para a tomada de decisão, ou para lidar melhor com os problemas (Mattson e Hall, 2011; Helgeson, 2003).

Embora de forma menos consensual, há também evidência de que certos tipos de suporte social se adequam mais diretamente a situações específicas. Neste sentido, Jacobson (1986 cit. por Schwarzer *et al.*, 2006) e Marín (1995 cit. por Santos, Ribeiro e Lopes, 2003) consideram que o suporte emocional é fundamental para lidar com situações iniciais de contacto com a doença, como por exemplo, o diagnóstico. Por outro lado, o suporte instrumental e o suporte informativo parecem ser mais eficazes quando implementados nas fases posteriores da doença, nomeadamente,

quando o indivíduo se sente sobrecarregado pelas consequências e efeitos de ter uma doença crónica (Jacobson, 1986 cit. por Schwarzer *et al.*, 2006)

Dunst e Trivette (1990 cit. por Ribeiro, 1999) fazem a distinção entre suporte social informal e formal. O primeiro inclui familiares, amigos, vizinhos, padres e grupos sociais (por exemplo, a igreja) que são passíveis de prestar apoio nas atividades diárias em resposta às necessidades de cada indivíduo. Por outro lado, as redes de suporte social formal incluem, simultaneamente, as organizações sociais formais (por exemplo, os hospitais) e os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, entre outros), organizados para fornecer apoio profissionalizado.

Assumindo que a doença oncológica acarreta várias consequências para as pessoas, importa compreender como é que um processo tão complexo como a autogestão da doença pode ser avaliado, a fim de verificar os verdadeiros benefícios para as pessoas e melhorar e aperfeiçoar as intervenções dos profissionais de saúde (suporte social formal). Seguidamente, serão apresentados os indicadores mais frequentemente utilizados para avaliar a eficácia dos programas de promoção da autogestão, nomeadamente a autoeficácia, o autoconceito, a autorregulação, o estado de saúde, a qualidade de vida, o autocuidado, os comportamentos de saúde e os sintomas de depressão e ansiedade.

Dada a crescente atenção aos processos de autogestão da doença, a criação de programas direcionados para os doentes oncológicos tem sido vista não só como uma estratégia para reduzir o impacto da sintomatologia, mas também como um meio de promover a confiança, as capacidades e a perceção de autoeficácia (Departamento de Saúde de Londres, 2001). Daí que a perceção de **autoeficácia** seja utilizada como indicador da qualidade dos programas de promoção da autogestão na doença crónica em diversos estudos (Nolte *et al.*, 2013; Nolte e Osborne, 2013; Gao e Yuan, 2011; Du e Yuan, 2010; Lorig e Holman, 2003).

Segundo Bandura (1977 cit. por Du e Yuan, 2010), a autoeficácia refere-se à crença ou expectativa de que é possível, através do esforço pessoal, realizar com sucesso uma determinada tarefa e alcançar um resultado esperado. É, pois, esta sensação que permite aos sujeitos criarem esperança quanto ao sucesso e alcance dos resultados desejados, levando-os a formar expectativas positivas relativamente à concretização de determinadas tarefas (Holman e Lorig, 2004).

Bandura (1995 cit. por Du e Yuan, 2010) verificou que as pessoas com elevada confiança nas suas capacidades, tendiam a enfrentar os problemas como desafios a serem dominados e não como ameaças a serem evitadas. Elevados níveis de autoeficácia são um importante pré-requisito para alcançar os objetivos da

autogestão e são, também, um fator concorrente para a mudança de comportamentos (Bodenheimer *et al.*, 2002).

Um conceito próximo, conceitualmente, da autoeficácia, é o **autoconceito**, definido como a percepção do indivíduo sobre si próprio (Wigfield e Karpathian, 1991 cit. por Potter e Perry, 2005).

As pessoas que evidenciam um autoconceito realista e positivo, tendem a ser mais positivas em relação ao seu estado e a revelar uma percepção mais realista sobre si próprias, o que se reflete numa atitude de segurança e ausência de sentimentos de ameaça associados a acontecimentos de vida (Gomes e Ribeiro, 2001; Holman e Lorig, 2004). O autoconceito positivo, promove, por isso, a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização de estratégias adaptativas para lidar com a doença (Holman e Lorig, 2004).

Holman e Lorig (2004) afirmam que a atitude ou percepção do doente em relação à sua situação de saúde é um fator determinante para a autogestão da doença. Assim, uma das formas de avaliar a autogestão da doença é por meio de variáveis relacionadas com estes dois conceitos (autoeficácia e autoconceito).

Um outro conceito também relacionado com a autogestão é a **autorregulação**. Bandura (1991) afirmou que o comportamento humano é extensivamente motivado e regulado. Segundo este autor, a pessoa tende a formar expectativas acerca das suas capacidades e, ao antecipar as consequências de determinada tarefa, define objetivos para os quais planeia uma ação e monitoriza a sua *performance* na realização de determinada tarefa.

Foi em 1946 que a OMS definiu Saúde enquanto um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença (OMS, 1946, p.1). Ressalte-se que o **estado de saúde** surge ainda como indicador da eficácia dos programas de autogestão em diversos estudos (Nolte *et al.*, 2013; Nolte e Osborne, 2013; Gao e Yuan, 2011; Du e Yuan, 2010; Lorig e Holman, 2003).

Du e Yuan (2010) concluíram que o estado de saúde reflete a eficácia e os efeitos dos programas de autogestão e, por sua vez, inclui diferentes variáveis: percepção de saúde, condição clínica, nível de energia, grau de dor, incapacidade, cansaço, grau de perturbação emocional e atividade social. Fleck e colaboradores (2008) afirmam que as medidas do estado de saúde apresentam muitos pontos de convergência com as medidas da qualidade de vida, outro dos indicadores da autogestão eficaz (Du e Yuan, 2010; Gao e Yuan, 2011).

Embora não exista uma definição universal da **qualidade de vida**, a OMS define-a como a “*percepção que as pessoas têm acerca da sua posição na vida, no*

contexto cultural e de sistema de valores em que vivem, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1998, p. 17). Neste sentido, a qualidade de vida pode representar a percepção das pessoas em relação ao impacto da doença crônica na sua vida (Holman e Lorig, 2004). Trata-se de um conceito bastante amplo e complexo, que abrange a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e a relação com aspetos significativos do meio ambiente (OMS, 1998).

Atendendo que este indicador (qualidade de vida) se tornou, progressivamente, essencial na avaliação dos cuidados de saúde, a qualidade de vida relacionada com a saúde, refere-se à capacidade do indivíduo para desempenhar as atividades de vida diária (Patrick e Erikson, 1993 cit. por Fleck *et al.*, 2008) e ao impacto da saúde na capacidade funcional e na percepção de bem-estar físico, psicológico e social (Conns *et al.*, 2000).

Não existe consenso relativamente à definição de qualidade de vida, no entanto, “*é consensual que se trata de um construto multidimensional, subjetivo e dinâmico*” (Almeida, 2013, p.84), e por isso, de difícil avaliação.

A qualidade de vida pode ser avaliada através de medidas gerais de avaliação do estado de saúde e de satisfação com a vida (Ribeiro, 2009). Outros autores alargam o leque de dimensões na sua avaliação, incluindo, o funcionamento físico, o bem-estar psicológico, o funcionamento social e a percepção da saúde (Almeida, 2013).

Um outro indicador da qualidade dos programas promotores da autogestão são os **comportamentos de saúde**, já que a autogestão implica a mudança comportamental. Na revisão sistemática de Du e Yuan (2010), os comportamentos/atitude de saúde foram utilizados como indicadores da eficácia dos programas de promoção da autogestão em 12 de 19 estudos incluídos. No mesmo sentido, Lorig e colaboradores (2001) defendem que os objetivos dos programas de autogestão são também a mudança de comportamentos e a adoção de estilos de vida saudáveis.

A OMS define o comportamento de saúde como qualquer atividade empreendida por uma pessoa, independentemente do seu estado de saúde, com o propósito de promover, proteger ou manter a sua saúde (OMS, 1998). Esta definição tão abrangente remete-nos para qualquer ação em que a pessoa se envolve e que influencia a sua saúde, nomeadamente, a adoção de estilos de vida saudáveis (por exemplo: alimentação, atividade física, abstenção de álcool e tabaco), a gestão do

stress, e em situações de doença crónica, a gestão de sinais e sintomas da doença, a gestão do regime terapêutico e as atividades de autocuidado.

Assumindo que a gestão eficaz da doença é um requisito para o autocuidado (conceito já anteriormente definido), naturalmente, o **autocuidado** constitui outro dos indicadores utilizados na avaliação do processo de autogestão e da eficácia dos programas de intervenção.

A redução dos sintomas de perturbação emocional, ou seja, de **ansiedade e depressão** surgem igualmente com indicadores da eficácia dos programas de promoção da autogestão (Du e Yuan, 2010; Nolte *et al.*, 2013; Nolte e Osborne, 2013). Vários estudos têm demonstrado que nos doentes crónicos há uma grande prevalência de sintomas de ansiedade e depressão (Clarke e Currie, 2009), em resposta aos quais outros estudos se centram nas estratégias para os diminuir, nomeadamente, através da criação de programas de promoção da autogestão na doença crónica (Badger *et al.*, 2007).

Os sintomas de perturbação emocional (ansiedade e depressão) podem ser precipitados por um mau processo de autogestão da doença, no entanto, admite-se que estes tenham também um papel dificultador nestes processos. Neste sentido, Du e Yuan (2010) afirmam que elevados níveis de depressão levam a uma diminuição no envolvimento das pessoas nas atividades de autogestão. Acrescente-se que, segundo estes autores, uma das escalas mais frequentemente utilizadas para avaliar estes indicadores, tem sido a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (Zigmond e Snaith, 1983).

Na literatura estão ainda descritos outros indicadores utilizados na avaliação de programas de autogestão da doença, nomeadamente: a comunicação com o profissional de saúde, as estratégias de *coping*, a informação sobre a doença e o tratamento, a satisfação do doente, os relacionamentos com pessoas significativas, a informação sobre a doença, a dor, a capacidade funcional, o cansaço e a utilização dos serviços de saúde (Du e Yuan, 2010; Nolte *et al.*, 2013; Nolte e Osborne, 2013).

Os indicadores utilizados para avaliar a eficácia dos programas são vários e, como tal, podem ajudar a clarificar o modo como as intervenções de promoção da autogestão devem ser desenvolvidas e melhoradas, visto que as necessidades em cuidados de saúde estão, constantemente, em mudança.

Recorde-se que o paradigma atual dos cuidados de saúde passou a reconhecer não só o valor do profissional de saúde, mas também a importância dos próprios doentes como elementos fundamentais na promoção da sua saúde e na adaptação à doença. Os cuidados de saúde devem ser, assim, desenvolvidos com

especial atenção aos processos de autogestão e avaliados constantemente, com o propósito de potenciar, junto dos doentes, uma vida com qualidade. Dentro da equipa multidisciplinar, os enfermeiros assumem ou deviam assumir um papel importante na promoção da autogestão da doença (Stephens, 2004; McKenzie *et al.*, 2007; Rustøen *et al.*, 2009; McCorkle *et al.*, 2011; Schulman-Green *et al.*, 2012).

Tendo em conta toda esta realidade, e no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), propôs-se a realização de uma revisão sistemática da literatura com o objetivo principal de analisar o papel do suporte social desenvolvido por profissionais de enfermagem na autogestão da doença oncológica. O conhecimento gerado contribuirá para desenvolver um saber mais aprimorado acerca das necessidades de saúde destas pessoas e as respostas de enfermagem mais eficazes para a promoção da autogestão na doença oncológica.

A questão de investigação que norteou a pesquisa científica foi: **Qual o papel do suporte social proporcionado pelos enfermeiros na promoção da autogestão da doença oncológica em doentes adultos com cancro?**

Em termos de estrutura, esta dissertação encontra-se dividida em três capítulos. O primeiro capítulo refere-se ao método. Nesta parte, é caracterizado o tipo de estudo e apresentado o protocolo de revisão sistemática da literatura, com a descrição da metodologia e das opções adotadas durante a investigação. Este protocolo incluiu a formulação da questão de investigação; os critérios de inclusão e exclusão; a estratégia de pesquisa; o procedimento de seleção dos estudos; o procedimento de extração dos dados; o procedimento de avaliação da qualidade metodológica; e os procedimentos éticos. O segundo capítulo reporta-se à apresentação dos resultados da pesquisa e à análise dos mesmos, nomeadamente em torno da qualidade metodológica dos estudos incluídos. No terceiro capítulo são discutidos os resultados.

Considerando que, os resultados de um estudo de investigação só são importantes depois de analisada a sua pertinência para o desenvolvimento científico e contributos para o exercício profissional da prática clínica, esta dissertação é finalizada com as conclusões.

Porque não existem revisões sistemáticas desenvolvidas neste âmbito, até à presente data, é esperado que esta investigação possa contribuir com evidência sobre quais os cuidados de enfermagem promotores da autogestão na doença oncológica, que suporte o ensino e a mudança nas práticas de enfermagem.

CAPÍTULO I: MÉTODO

Neste capítulo da dissertação é descrito o modo como esta investigação foi planeada e desenvolvida e inicia-se por uma caracterização do estudo, sendo apresentado de seguida o protocolo de revisão sistemática da literatura que serviu de base para a concretização desta investigação.

1. Caracterização do estudo

Hoje em dia, os profissionais de saúde são confrontados com um volume de informação científica massivo e em permanente crescimento, tornando difícil as tomadas de decisão clínica, válidas para os cuidados de saúde. Para que esta informação possa ser utilizada na prestação de cuidados em enfermagem é fundamental que se transforme em conhecimento.

As revisões sistemáticas permitem identificar, seleccionar e avaliar criticamente um conjunto de estudos a fim de extrair a melhor evidência científica, para dar resposta a uma questão de investigação. Têm pois como objetivo reunir toda a evidência empírica mediante a aplicação de métodos sistemáticos e explícitos, com a finalidade de reduzir enviesamentos inerentes aos aspetos das revisões narrativas (Green *et al.*, 2011; Bettany-Saltikov, 2012). Deste modo, são obtidos resultados mais fiáveis, a partir dos quais se podem tirar conclusões mais adequadas e, por conseguinte, fundamentar decisões importantes para a prática clínica.

A presente investigação segue esta metodologia dado que consiste num método claro, rigoroso e reproduzível, que visa a melhoria da qualidade dos cuidados

e o desenvolvimento da prática clínica baseada na evidência científica (Ramalho, 2005). De facto, segundo o *Centre for Reviews and Dissemination* (2008), a tomada de decisão em saúde deve ser baseada na melhor evidência disponível, de forma a assegurar que esteja claramente comprovada no corpo do conhecimento científico.

Segundo Green *et al.* (2011), os elementos fundamentais de uma revisão sistemática são: a formulação de um conjunto de objetivos com critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos; uma metodologia explícita e reproduzível; uma pesquisa sistemática que identifique todos os estudos que possam respeitar os critérios de inclusão definidos; uma avaliação da validade dos resultados dos estudos incluídos; e uma apresentação sistemática e sintética das características e resultados dos estudos incluídos.

2. Protocolo de revisão sistemática da literatura

Em oposição aos estudos de revisão da literatura, também denominados de revisões narrativas, as revisões sistemáticas devem ser acompanhadas de um plano definido *a priori*, descrevendo o modo como os autores tencionam responder à questão de investigação (Higgins e Green, 2011). De facto, o protocolo de revisão é um aspeto muito importante no delineamento da revisão sistemática, pois, tal como afirma Bettany-Saltikov (2012), a planificação antecipada dos métodos é uma forma de tentar reduzir possíveis erros, evitando que o autor altere a maneira como revê os estudos à medida que vai consultando os resultados. Além disto, é um método reproduzível, podendo ser comprovado, comentado ou avaliado facilmente.

Este protocolo foi desenvolvido de acordo com os pressupostos da Colaboração Cochrane (Higgins e Green, 2011) e a partir das orientações de Bettany-Saltikov (2012). Como sugere a literatura, o protocolo de revisão desta investigação deverá ser constituído por oito etapas: questão de investigação; definição do problema; objetivos da revisão sistemática; critérios de inclusão e exclusão; estratégia de pesquisa; procedimento de seleção; procedimento de extração dos dados; e procedimento de avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados (Green *et al.*, 2011; Bettany-Saltikov, 2012).

A problemática em estudo já foi descrita no capítulo anterior, pelo que serão agora apresentadas as restantes etapas.

2.1 - Questão de investigação

Como em qualquer pesquisa, a primeira e mais importante decisão no planeamento da revisão sistemática é a determinação do seu foco de atenção. De acordo com Bettany-Saltikov (2012), uma boa revisão sistemática deverá conter a formulação de uma e apenas uma questão de partida, sendo ela suficientemente compreensível e específica. De facto, a formulação de uma questão de partida é a parte mais crítica e talvez a mais difícil de realizar, pois ela irá condicionar todo o trajeto do estudo (O'Connor, Green e Higgins, 2011).

Flemming (1998 cit. por Bettany-Saltikov, 2012) afirma que esta questão deverá conter três ou quatro elementos. Deste modo, foi utilizada a estratégia PICO (P-População; I-Intervenção; C-Comparação; O- *Outcome*/Resultado) que estabelece uma linha orientadora para a pesquisa, tornando-a rigorosa e sensível, aumentando o seu potencial de sucesso e evitando a omissão de estudos importantes (Santos, Pimenta e Nobre, 2007; O'Connor, Green e Higgins, 2011; Bettany-Saltikov, 2012; Glasziou, Del Mar e Salisbury, 2003 cit. por Levins e Jacobs, 2012;). No Quadro 1 é apresentada a aplicação desta estratégia.

Quadro 1: Aplicação da estratégia PICO.

P (População)	Indivíduos adultos com idade igual ou superior a 18 anos e com doença oncológica.
I (Intervenção)	Papel do suporte social proporcionado pelos enfermeiros.
C (Comparação)	Não aplicável.
O (<i>Outcome</i> /Resultado)	Autogestão da doença oncológica.

Deste modo, a questão de investigação do presente estudo foi: “*Qual o papel do suporte social proporcionado pelos enfermeiros na promoção da autogestão da doença oncológica em doentes adultos com cancro?*”.

2.2 - Objetivos da revisão sistemática

Bettany-Saltikov (2012) afirma que os objetivos circunscrevem o que o investigador fará e que a sua definição deve ser clara e concisa.

Como foi referido anteriormente, o objetivo principal desta revisão sistemática é analisar os estudos realizados no âmbito do papel do suporte social desenvolvido por profissionais de enfermagem na autogestão da doença oncológica. Os objetivos específicos desta investigação são: identificar e analisar a importância do suporte social formal proporcionado por enfermeiros na autogestão da doença oncológica; e contribuir com orientações relativas a intervenções de enfermagem no âmbito do suporte social formal, com vista à promoção da autogestão eficaz da doença oncológica.

2.3 - Critérios de inclusão e exclusão

Tanto ao nível da elaboração da questão de investigação, como para a definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos, com efeitos na constituição da amostra, foi também utilizada a estratégia PICO.

Numa revisão sistemática de alta qualidade, os critérios de inclusão e exclusão devem ser definidos de forma rigorosa, transparente e antes da pesquisa, para que possam ser incluídos todos os estudos relevantes e excluídos os irrelevantes (Bettany-Saltikov, 2012). Assim, a definição dos critérios de inclusão e exclusão, apresentados no Quadro 2, teve como finalidade orientar a pesquisa e a seleção da literatura científica, de modo a aumentar a precisão dos resultados face à questão identificada.

Quadro 2: Critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de seleção	Critérios de inclusão e exclusão
Participantes	Indivíduos adultos com idade igual ou superior a 18 anos e com doença oncológica, independentemente da localização anatómica.

Intervenção	Estudos que analisem o impacto do suporte social proporcionado por enfermeiros ou equipas de enfermagem na autogestão da doença oncológica.
Outcome/Resultado	Autogestão da doença oncológica.
Data de publicação	Entre setembro de 2004 e março de 2013.
Língua	Inglês, espanhol ou português.
Tipo de estudos	Estudos com acesso ao texto completo.

Alguns autores recomendam que nesta fase se estabeleça o desenho dos estudos que melhor darão as respostas à questão de investigação, utilizando assim o acrónimo PICOT, em que T se refere ao desenho dos estudos selecionados (Khan *et al.*, 2003; O'Connor, Green e Higgins, 2011; Bettany-Saltikov, 2012). Contudo, numa fase inicial, esta opção não foi tomada porque pretendeu-se compreender o estado da arte nesta área ao longo dos últimos anos e, com este conhecimento, então numa fase posterior, decidir quais os estudos que, com maior nível de evidência, respondiam de forma mais satisfatória à questão de investigação desta revisão.

2.4 - Estratégia de pesquisa

A construção e definição da estratégia de pesquisa foi uma das etapas mais importantes desta revisão, dado que condicionou todos os resultados obtidos. Por esta razão, o trabalho de equipa entre os membros do projeto de investigação facilitou este processo, dando-lhe maior consistência e especificidade.

Santos, Pimenta e Nobre (2007) afirmam que a pesquisa da evidência científica requer uma estrutura lógica, no sentido de facilitar e maximizar o alcance da pesquisa. A validade da revisão sistemática está diretamente relacionada com o rigor da pesquisa e com a sua capacidade para identificar todos os estudos relevantes, o que por sua vez, condicionará a qualidade das conclusões finais (Centre for Reviews and Dissemination, 2008; Bettany-Saltikov, 2012). Apesar da pesquisa objetivar o acesso ao maior número possível de estudos científicos relevantes,

também é necessário balancear a sensibilidade e a precisão desta estratégia a fim de evitar possíveis excessos de estudos irrelevantes (O'Connor, Green e Higgins, 2011). Neste estudo, a transposição da questão de investigação para a pesquisa envolveu várias etapas, culminando na construção de frases *booleanas* para as diferentes bases de dados (Anexo I).

A primeira etapa constou da seleção dos termos de busca (palavras-chave). Timmins e McCabe (2005) afirmam que o uso apropriado das palavras-chave é fundamental para uma pesquisa eficaz e, apesar de parecer fácil, a sua seleção pode ser complexa e morosa. Recorde-se a propósito que, segundo Bettany-Saltikov (2012), as palavras-chave podem surgir a partir de termos indexados nas bases de dados eletrónicas ou de termos livres. Os termos de busca indexados podem ser, por exemplo, os termos Mesh (*Medical Subject Headings*) da base de dados MEDLINE ou os CINAHL *Headings* da base de dados CINAHL. Os termos livres são palavras usadas na linguagem quotidiana. A combinação destes termos tornará a pesquisa mais abrangente e, ao mesmo tempo, suficientemente sensível e específica.

Os termos de busca utilizados nesta pesquisa foram selecionados a partir das palavras-chave indexadas em cada uma das bases de dados selecionadas para a pesquisa, sendo ainda utilizados outros termos que não estivessem presentes nas bases de dados. Foram utilizados os CINAHL *headings* para a pesquisa na base de dados CINAHL *Plus with Full Text* e os termos Mesh para a base de dados MEDLINE *with Full Text*.

A segunda etapa consistiu na identificação de sinónimos para todos os termos que foram incluídos em cada uma das componentes da estratégia PICO. De seguida, a terceira fase compreendeu a identificação de possíveis abreviações ou palavras com terminações diferentes. Nesta etapa, utilizaram-se os instrumentos adicionais apropriados às bases de dados selecionadas: “*”.

A segunda e terceira etapas foram asseguradas através da utilização da ferramenta “MH Exact Subject Heading”, que permitia a inclusão automática de variações ou termos sinónimos da palavra-chave selecionada. Por exemplo, para o caso da palavra-chave “*neoplasms*”, a utilização desta ferramenta (isto é, MH “*neoplasms*”) na base de dados MEDLINE *with Full Text* permitia a inclusão de termos como “*Cancer*”, “*Cancers*”, “*Tumor*”, “*Tumors*”, “*Benign Neoplasms*”, “*Neoplasia*”, “*Neoplasm*”, “*Neoplasms, Benign*”, “*Benign Neoplasm*” e/ou “*Neoplasm, Benign*”. É de referir que esta ferramenta selecionou tanto os estudos para os quais a palavra-chave estava identificada como conceito principal, mas também aqueles para os quais estava como conceito de menor destaque. Nos casos em que a base

de dados não disponha das palavras-chave pretendidas, foram utilizados os termos livres com o instrumento adicional “*”.

A quarta etapa envolveu a conexão dos termos de pesquisa através de operadores *booleanos*: “OR”, “AND” ou “NOT”. O operador “OR” seleciona estudos com qualquer um dos termos de busca identificados. O operador “AND” apenas inclui estudos com ambos os termos de busca. Por fim, o operador “NOT” exclui os estudos que apresentem os termos de busca em causa. Segundo Bettany-Saltikov (2012), é ainda nesta fase que se poderá incluir limites à pesquisa, como sejam a língua, estudo em seres humanos, desenho dos estudos, data de publicação, entre outros. No caso desta revisão, limitou-se a pesquisa a estudos publicados entre setembro de 2004 e março de 2013, para possibilitar o acesso a estudos mais recentes e, simultaneamente, a um número de estudos considerável.

A quinta etapa consistiu na pesquisa propriamente dita. As fontes de informação podem ser de várias categorias, desde as bases de dados às dissertações, artigos de revistas não indexados, livros ou outras (Bettany-Saltikov, 2012). Nesta investigação, optou-se por realizar a pesquisa em duas bases de dados incluídas no motor de busca EBSCO *host web*: CINAHL *Plus with Full Text* e MEDLINE *with Full Text*.

Tendo em conta as premissas anteriores, foi construída a frase *booleana* para cada uma das bases de dados.

A frase *booleana* utilizada na base de dados CINAHL *Plus with Full Text* foi: ((MH "Cancer Patients") OR (MH "Cancer Survivors") OR (MH "Neoplasms")) AND ((MH "Support, Psychosocial") OR (MH "Professional-Patient Relations") OR (MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "Professional-Client Relations") OR (MH "Nurses")) AND ((MH "Self Care") OR (MH "Self-Efficacy") OR (MH "Self Concept") OR (MH "Health Behavior") OR (MH "Patient Compliance+") OR (MH "Control (Psychology)") OR (MH "Self Regulation") OR (MH "Attitude to Health") OR (MH "Health Beliefs") OR (MH "Attitude to Illness") OR (MH "Patient Autonomy"))).

A frase *booleana* utilizada na MEDLINE *with Full Text* foi: ((MH "Neoplasms") OR ("cancer patient*") OR ("oncologic patient*") OR ("oncology patient*") OR ("cancer survivor*")) AND ((MH "Social Support") OR (MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "Professional-Patient Relations") OR (MH "Nurses")) AND ((MH "Self Care") OR (MH "Illness Behavior") OR (MH "Patient Compliance+") OR (MH "Health Behavior") OR (MH "Attitude to Health") OR (MH "Self Concept") OR (MH "Self Efficacy") OR (MH "Social Control, Informal"))).

A última fase é aquela em que o autor procede ao registo dos resultados da pesquisa, que segundo Bettany-Saltikov (2012), deve ser minuciosamente detalhado para que, caso seja necessário, possa ser auditado, verificado e replicado, tornando a pesquisa mais válida. Nesta revisão, todos os artigos resultantes da pesquisa foram exportados para o programa ENDNOTE (versão X6), procedendo-se à remoção dos artigos duplicados, o que facilitou o registo detalhado das publicações, nomeadamente o nome do autor, título, data de publicação, base de dados, entre outros aspetos que seriam úteis para a fase seguinte da revisão sistemática.

2.5 - Procedimento de seleção dos estudos

Depois da identificação da questão de investigação, dos critérios de inclusão e exclusão, e da estratégia de pesquisa, foi definido o procedimento de seleção dos estudos com o objetivo de filtrar os estudos relevantes e irrelevantes. A definição exata deste procedimento diminui enviesamentos e possíveis erros, possibilitando a seleção de todos os artigos da mesma forma, e assim assegurar a validade e veracidade dos resultados (Higgins e Deeks, 2011; Bettany-Saltikov, 2012).

Como afirma Bettany-Saltikov (2012), o processo de seleção dos estudos envolve duas etapas. Partindo destes pressupostos, numa primeira etapa, dois revisores analisaram de forma independente os títulos e os resumos dos artigos e, em caso de dúvida, também o texto integral, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão definidos *a priori* no protocolo. Subsequentemente, todos os artigos selecionados nesta fase foram revistos integralmente a fim de determinar os estudos pertinentes para a abordagem da temática.

Numa segunda etapa, os resultados da seleção de ambos os revisores foram comparados e, em caso de discordância, um segundo grupo de investigadores estabeleceu o consenso final. Neste processo, os autores dos estudos não foram contactados a fim de obter acesso ao texto completo dos artigos, todavia, foram contactadas instituições hospitalares e educativas com este fim.

Acrescente-se ainda que todo o processo de seleção dos estudos foi registado por ambos os revisores numa grelha de seleção (Anexo II).

2.6 - Procedimento de extração dos dados

O procedimento de extração é a ponte entre o que é apresentado pelos autores primários e o que é analisado na revisão sistemática (Higgins e Deeks, 2011). No sentido de padronizar e promover a validade deste processo foi necessário, tal como defende Bettany-Saltikov (2012), criar dois quadros de extração de dados (Anexo III). Assim, num primeiro momento, a extração dos dados foi realizada por um investigador de forma independente, sendo num segundo momento confirmada por um grupo de dois investigadores. No caso de serem detetados dados omissos e importantes para este processo, os autores principais dos estudos selecionados foram contactados.

Antes da aplicação das tabelas de extração dos dados, foi realizado um teste piloto para determinar a exequibilidade do seu preenchimento, tendo sido efetuadas as alterações necessárias.

2.7 - Procedimento de avaliação da qualidade metodológica

O processo de avaliação da qualidade dos estudos foi, provavelmente, o aspeto mais desafiante da metodologia. Na verdade, a avaliação da qualidade metodológica dos estudos é uma fase crucial na construção de revisões sistemáticas, pois permite avaliar até que ponto a metodologia foi adequada e os resultados serão aproximados da realidade (Higgins e Deeks, 2011). Por outro lado, permite expor o modo como as diferenças na qualidade metodológica podem explicar as diferenças nos resultados entre os estudos identificados, orientando a interpretação dos mesmos e a sua importância para a prática clínica (Bettany-Saltikov, 2012).

Olivo e colaboradores (2008) desenvolveram uma revisão sistemática de estudos publicados entre 1965 e 2007 com o objetivo de identificar e analisar as propriedades das escalas de avaliação da qualidade metodológica de estudos randomizados na área da saúde. Estes autores concluíram que a maioria das escalas não respeitou os padrões metodológicos durante o seu desenvolvimento, assim como não foram comprovadas as suas propriedades psicométricas. Como tal, os autores sugerem que a utilização destas escalas deve ser cuidadosamente ponderada.

Através de uma análise cuidada aos instrumentos disponíveis, concluiu-se que não existiam instrumentos que reunissem todos os aspetos considerados relevantes para determinar a qualidade metodológica dos estudos. Assim, o grupo de investigadores do projeto de investigação onde esta revisão se insere, decidiu criar e adaptar dois Formulários de Avaliação Crítica partindo de instrumentos previamente existentes. Para elaborar o formulário relativo aos estudos quantitativos recorreu-se aos instrumentos de Law e colaboradores (1998), Caldwell, Henshaw e Taylor (2005) e Caldwell, Henshaw e Taylor (2011). Para os estudos de cariz qualitativo utilizou-se os estudos de Caldwell, Henshaw e Taylor (2005), Letts e colaboradores (2007) e Caldwell, Henshaw e Taylor (2011).

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos foi realizada por dois revisores de forma independente e com recurso aos Formulários de Avaliação Crítica (Anexo IV), sendo que nos casos de discordância entre os dois revisores, um terceiro investigador forneceu uma decisão final.

Como será mencionado no capítulo seguinte, os estudos selecionados para esta revisão foram os estudos quantitativos, pelo que apenas foi utilizado o formulário apropriado para estes estudos. No momento de avaliação, e com o objetivo de classificar a qualidade dos estudos quantitativos, o grupo de investigadores optou por atribuir um *score* aos itens considerados mais importantes para a classificação da qualidade metodológica dos estudos quantitativos (Anexo V). A cada um destes itens, foi atribuído 1 ponto se a resposta fosse “sim” ou “não se aplica” e 0 pontos se a resposta fosse “não” ou “não está descrito”. O *score* total foi obtido pelo somatório das pontuações dos itens selecionados e variou entre 0 e 18 pontos, sendo que valores entre 0 e 6 pontos revelaram estudos de qualidade fraca, valores entre 7 e 12 pontos estudos de qualidade moderada e valores entre 13 a 18 pontos estudos de qualidade metodológica elevada. Os itens do instrumento relativos à representatividade da amostra e à generalização dos resultados não foram tidos em conta nesta ponderação dada a dificuldade em responder aos mesmos, quer pelo *deficit* de informação nos artigos, quer pela dificuldade em obter uma resposta por parte dos autores das publicações selecionadas.

2.8 - Procedimentos éticos

A pesquisa foi efetuada respeitando os princípios éticos durante todas as suas etapas.

Além disso, no tratamento da informação, os princípios de fidelidade aos autores e de respeito pela integridade textual foram salvaguardados, fazendo-se referência aos autores dos artigos de onde foram retiradas as informações, e quando considerado pertinente, citando integralmente o seu conteúdo e indicando o respetivo autor.

É de ressaltar que os revisores não tinham qualquer ligação aos autores dos artigos submetidos ao procedimento de seleção e, como tal, não existiram conflitos de interesse.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

A pesquisa nas bases de dados foi realizada no dia 10 de abril de 2013 tendo resultado em 953 artigos publicados entre setembro de 2004 e março de 2013, dos quais 96 foram removidos por serem publicações duplicadas. Como tal, foram submetidas ao procedimento de seleção 857 publicações.

Em seguida, dois investigadores procederam ao processo de seleção dos estudos, de forma independente e, em alguns casos, com recurso a um terceiro investigador, tendo excluído 807 artigos com base nos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Estes artigos tratavam-se maioritariamente de estudos que não analisavam o papel do enfermeiro enquanto promotor de suporte social na autogestão da doença oncológica e ainda de estudos secundários. Foram também excluídos seis artigos (Halkett *et al.*, 2006; Fontes e Alvim, 2008; Stermer, 2008; Weaver, 2009; Rotegård *et al.*, 2012; Wilkins e Woodgate, 2012) porque, apesar de várias tentativas, não foi possível obter acesso ao texto completo.

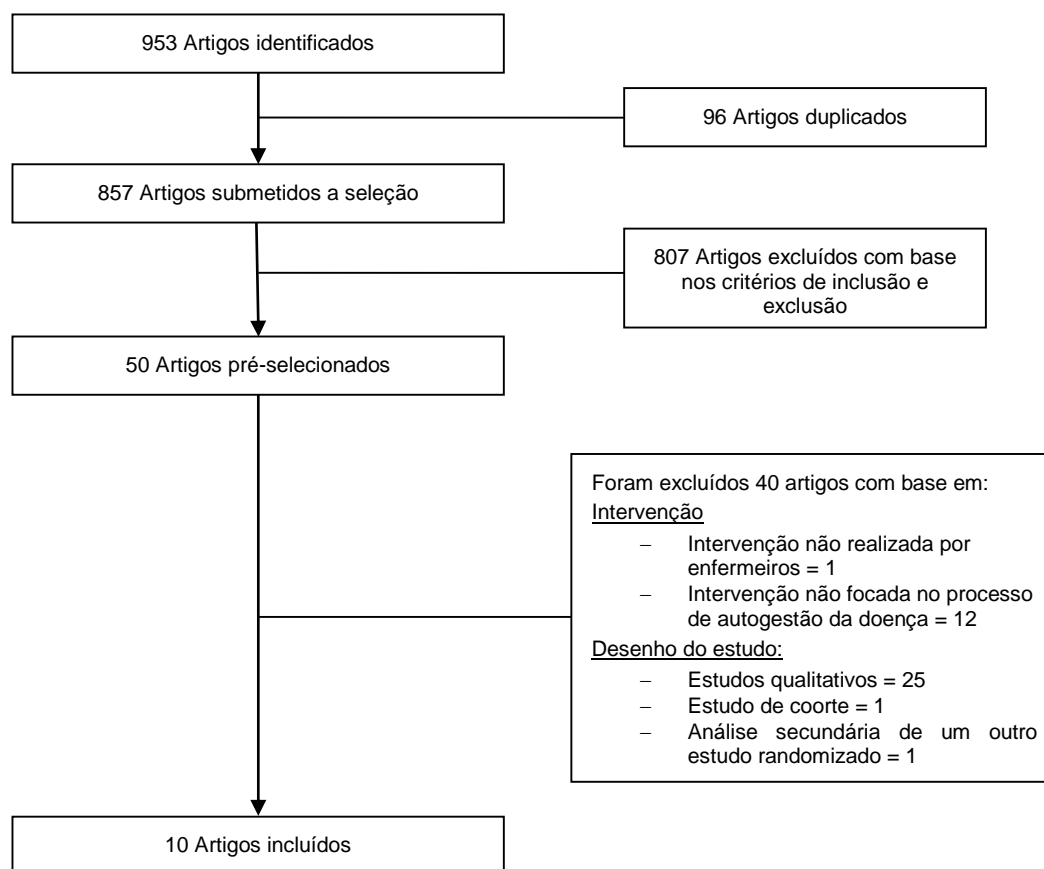
Assim, foram pré-selecionados 50 artigos em *full text* que cumpriram os critérios de inclusão e exclusão (Anexo VI), dos quais 25 apresentaram abordagem qualitativa e 25 abordagem quantitativa.

A leitura integral destes artigos possibilitou o conhecimento do estado da arte sobre esta temática. Com este conhecimento, optou-se por definir, nesta fase do estudo, o tipo de estudos que melhor responderiam à questão de investigação, utilizando então a estratégia PICOT (Khan *et al.*, 2003; O'Connor, Green e Higgins, 2011). Foram apenas selecionados os estudos quantitativos (experimentais e quasi-experimentais) que avaliassem uma ou mais intervenções desenvolvidas por enfermeiros no âmbito da autogestão da doença oncológica. Optou-se por este tipo de estudos porque apresentam um maior nível de evidência (Levins e Jacobs, 2012) e respondem de forma mais satisfatória à finalidade desta revisão.

Dos 25 estudos de metodologia quantitativa, foram excluídos 14 artigos: um porque a intervenção implementada não foi realizada por enfermeiros (Clayton, Mishel e Belyea, 2006); 12 estudos porque não avaliaram o impacto da intervenção ao nível do processo de autogestão da doença (Malone, 2007; Crogan, Evans e Bendel, 2008; Sutherland *et al.*, 2008; Byma *et al.*, 2009; Lien *et al.*, 2009; Harden *et al.*, 2009; Ross *et al.*, 2009; Mårtensson, Carlsson e Lampic, 2010; Compaci *et al.*, 2011; Hsu *et al.*, 2011; Rosenzweig *et al.*, 2011; e Becker e Kang, 2012); e um outro por se tratar de um estudo de coorte (Sussman *et al.*, 2011). Excluiu-se ainda o estudo de Arora e colaboradores (2007) porque se tratou de uma análise secundária efetuada a um estudo randomizado desenvolvido há mais de 10 anos (Gustafson *et al.*, 2001), pelo que os resultados poderiam não refletir a realidade atual e, dessa forma, enviesar os resultados.

A amostra final desta revisão sistemática foi constituída por 10 estudos de metodologia quantitativa, tal como é apresentado na Figura 1. A lista de todos os estudos pode ser consultada no anexo VI.

Figura 1: Resultados da pesquisa.



Dos 10 estudos que foram incluídos nesta revisão sistemática da literatura, sete são estudos experimentais (Coleman *et al.*, 2005; Cho, Yoo e Kim, 2006; Godino

et al., 2006; Badger *et al.*, 2007; Chou e Lin, 2011; Korstjens *et al.*, 2011; e Ruland *et al.*, 2013) e três são estudos quasi-experimentais (Grenier *et al.*, 2007; Wonghongkul *et al.*, 2008; e Oh e Kim, 2010).

Os resultados da extração estão apresentados no Quadro 3 e 4. No Quadro 3 é descrita a amostra, o método e os resultados dos estudos selecionados, e no Quadro 4 as características das intervenções utilizadas nos diferentes estudos.

1. Características dos participantes dos estudos

Os estudos selecionados incluíram dois tipos de amostras: o primeiro era constituído exclusivamente por participantes com cancro da mama (Estudos: 1, 2, 4, 6); e o outro por amostras de participantes com diferentes tipos de cancro (Estudos: 3, 5, 7, 8, 9, 10).

O número de participantes variou entre 40 e 325, num total de 1322, dos quais 1158 eram doentes adultos com cancro e 164 eram pessoas significativas. Os participantes incluídos nos estudos foram maioritariamente doentes, vítimas de cancro (87,6%). Nos estudos 4 e 8, para além dos doentes, foram ainda alvo de intervenção as pessoas significativas.

Quanto ao país de origem dos participantes variou entre os Estados Unidos da América (Estudo 1, 4), a Coreia do Sul (Estudo 2, 7), o Canadá (Estudo 5), a Tailândia (Estudo 6), a República da China (Estudo 8), a Holanda (Estudo 9), a Noruega (Estudo 10) e a Espanha (Estudo 3).

2. Características das intervenções descritas nos estudos analisados

Os estudos selecionados apresentaram intervenções bastante distintas entre si, tanto ao nível do conteúdo como na forma de implementação, tal como se encontra descrito no Quadro 4.

Os profissionais responsáveis pela condução da intervenção foram maioritariamente enfermeiros (alguns especialistas na área de oncologia), à exceção de dois estudos, em que a intervenção foi conduzida por um grupo multidisciplinar. No estudo 6, por enfermeiros, médicos e doentes oncológicos e, no estudo 9, por enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas ou assistentes sociais.

Ainda que alguns estudos não façam referência ao treino prévio dos profissionais relativamente à implementação da intervenção, noutros existe informação de que os profissionais responsáveis pela intervenção foram previamente treinados (Estudos 1, 3, 4, 5, 7, 9) e o conteúdo da intervenção previamente validado e/ou protocolado a fim de promover a validade da intervenção (Estudos 1, 5, 7, 8, 10).

Os materiais utilizados nas intervenções foram os meios audiovisuais, como por exemplo vídeos e gravações áudio (Estudos 1, 3, 6, 7); material escrito como panfletos, folhetos, catálogos, livros, diários, manuais (Estudos 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8); e plataformas interativas (Estudo 10).

Algumas intervenções foram desenvolvidas na presença dos participantes, ou seja, face-a-face (Estudos 2, 3, 5, 6, 8, 9), enquanto outras foram desenvolvidas através de contacto telefónico (Estudos 1, 4) ou de uma plataforma interativa (Estudo 10). O estudo 7 utilizou a conjugação de contactos face-a-face e contactos telefónicos.

As intervenções variaram também na duração por sessão, número de sessões e duração temporal do programa. A intervenção mais curta foi de duas semanas (Estudo 7) e a maior foi de 13 meses (Estudo 1). A duração de cada sessão variou entre, aproximadamente, 11 minutos (Estudo 4) e quatro horas (Estudo 6). O tempo total de contacto com os participantes, isto é, a duração temporal dos programas, variou entre aproximadamente 4,5 horas (Estudo 4) e 55 horas (Estudo 2).

Quadro 3: Amostra, métodos e resultados dos estudos em análise.

AMOSTRA		INTERVENÇÃO		INDICADORES		RESULTADOS	QUALIDADE (0-18)
Descrição e alocação	Mortalidade (%)	Objetivo	Duração	Momentos de medição	Indicadores avaliados		
ESTUDO 1: <i>The Effect of Telephone Social Support and Education on Adaptation to Breast Cancer During the Year Following Diagnosis (Coleman et al., 2005).</i> Desenho do estudo: Experimental. Local: Estados Unidos da América.							
n = 106 mulheres com cancro da mama. Grupo experimental: n=54; X̄= 57 anos. Grupo de controlo: n=52; X̄= 58 anos.	11,3%	Promover a adaptação emocional e interpessoal das mulheres com cancro da mama.	13 Meses	Baseline e aos 3, 5, 8 e 13 meses.	– Humor; – Medo relacionado com o cancro; – Relacionamentos com outras pessoas; – Sentimentos de solidão; – Sintomatologia associada ao cancro da mama.	Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Ambos os grupos (controlo e de intervenção) apresentaram uma melhoria significativa no humor (p = .001), nos sintomas (p < .001) e nos relacionamentos com outras pessoas significativas (p = .023).	17/18 Elevada
ESTUDO 2: <i>Efficacy of comprehensive group rehabilitation for women with early breast cancer in South Korea (Cho, Yoo e Kim, 2006).</i> Desenho do estudo: Quasi-experimental. Local: Coreia do Sul.							
n = 65 mulheres com cancro da mama. Idade: X̄= 49,1 anos. Grupo experimental: n=28. Grupo de controlo: n=27.	15,4%	Promover a habilidade do doente para gerir a doença e os efeitos adversos do tratamento e promover a sua qualidade de vida.	10 Semanas	Baseline e às 10 semanas.	– Amplitude do movimento articular do ombro; – Adaptação psicossocial; – Qualidade de vida.	<u>Grupo experimental:</u> melhorias significativas na amplitude do movimento do ombro afetado (t = 7.73; p = .000), na adaptação psicossocial (t = 2.49; p = .019) e na qualidade de vida (t = 3.61; p = .001). <u>Grupo de controlo:</u> sem diferenças estatisticamente significativas quanto à amplitude do movimento do ombro afetado e à qualidade de vida. Na adaptação psicossocial verificou-se um agravamento significativo (t = 2.48; p = .020). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, em todas as variáveis.	16/18 Elevada
ESTUDO 3: <i>Nursing education as an intervention to decrease fatigue perception in oncology patients (Godino et al., 2006).</i> Desenho do estudo: Experimental. Local: Espanha.							
n = 40 pessoas com cancro gástrico e do cólon. Idade: 32-75 anos. Grupo experimental: n=23; X̄= 58.5 anos. Grupo de controlo: n=17; X̄= 62.7 anos.	50%	Diminuir os níveis de fadiga em pessoas com cancro gástrico ou do cólon.	10 Meses	1º e 2º Ciclo de quimioterapia e 1 mês após o tratamento.	– Fadiga; – Satisfação com a intervenção.	<u>Níveis de fadiga no 1º ciclo de quimioterapia:</u> – Grupo experimental: 110,52 pontos (DP = 23.88). – Grupo de controlo: 105,67 pontos (DP = 26.52). <u>Níveis de fadiga no 2º Ciclo de quimioterapia:</u> – Grupo experimental: 121,06 pontos (DP = 20.09). <u>Níveis de fadiga um mês após a quimioterapia:</u> – Grupo experimental: 121,22 pontos (DP = 24.70). – Grupo de controlo 105,13 pontos (DP = 12.67). O nível de fadiga do grupo experimental diminuiu 11 scores enquanto no grupo de controlo os valores de fadiga mantiveram-se iguais. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. A satisfação dos participantes com a intervenção foi de 8,34 (DP = 0.9), num total de 10.	13/18 Elevada

ESTUDO 4:

Depression and Anxiety in Women With Breast Cancer and Their Partners (Badger et al., 2007).

Desenho do estudo: Experimental. Local: Estados Unidos da América.

n = 96 mulheres com cancro da mama (\bar{X} =51.68 anos) e 96 parceiros (\bar{X} = 51.68 anos).

Grupo TIP-C: n=76.

5,2%

Diminuir os sintomas de ansiedade e depressão das mulheres e seus parceiros.

6 Semanas

Baseline (T1) e às 6 (T2) e 10 (T3) semanas.

– Depressão;
– Ansiedade;

Grupo de exercício físico: n=46.

Grupo de controlo: n=70.

Depressão:

- Efeito estatisticamente não significativo para o tempo ($F_{(2,172)} = 2.49, p = .08$). Efeito estatisticamente significativo para a intervenção ($F(2.86) = 3.59, p = .03$). Efeito de interação não significativo entre a intervenção e o tempo ($F(4.172) = 0.26, p = .90$).
- Os grupos de intervenção (TIP-C e Grupo de exercício) apresentaram uma maior diminuição nos níveis de depressão do que os participantes do grupo de controlo.

Ansiedade:

- Efeito estatisticamente significativo para o tempo ($F(2.172) = 21.08, p < .001$). Efeito estatisticamente não significativo para a intervenção ($F(2.86) = 1.78, p = .18$). Efeito de interação significativo entre a intervenção e o tempo ($F(4.172) = 3.47, p = .01$).
- Os sintomas de ansiedade diminuíram significativamente: grupo de intervenção TIP-C [$t(36) = 4.40, p < .001, \eta^2 = 0.35$], grupo de exercício físico [$t(21) = 3.48, p = .002, \eta^2 = 0.37$]. Grupo de controlo sem diferenças significativas: [$t(33) = .88, p = 0.39$].

16/18
Elevada

ESTUDO 5:

Effectiveness of a nursing support program for patients with recurrent ovarian cancer receiving pegylated liposomal doxorubicin (Caelyx®/Doxil®) (Grenier et al., 2007).

Desenho do estudo: Quasi-experimental. Local: Canadá.

n = 112 mulheres com cancro dos ovários. Idade: \bar{X} = 62 anos (32-87 anos).

ND^a

Promover a adesão e tolerância ao tratamento de quimioterapia com cloridrato de doxorubicina.

ND^a

ND^a

– Adesão aos tratamentos de quimioterapia.

Sem grupo de controlo.

60 Participantes (53,6%) completaram 4 ou mais ciclos de quimioterapia. 7 Participantes interromperam o tratamento devido a efeitos secundários. Efeitos secundários frequentes, mas 75% dos participantes completaram mais de 3 ciclos e 59% mais de 4 ciclos de quimioterapia com cloridrato de doxorubicina. Condição clínica estável ou melhorada em 65,4%, 54,2% e 67,5 dos participantes que completaram, respetivamente, o 2º, 4º e 6º ciclo de quimioterapia.

9/18
Modera
da

ESTUDO 6:

Effect of Educative-Supportive Program on Quality of Life in Breast Cancer Survivors (Wonghongkul et al., 2008).

Desenho do estudo: Quasi-experimental. Local: Tailândia.

n = 66 mulheres com cancro da mama.

Grupo experimental: n=33; \bar{X} = 53.95 anos.

7,6%

Apoiar os doentes a desenvolver atividades de autocuidado e estratégias de coping.

8 Semanas

Baseline (T1), fim do programa (T2) e três meses após o fim do programa (T3).

– Qualidade de vida;
– Atividades de autocuidado.

Grupo de controlo: n=33; \bar{X} = 52.20 anos.

Qualidade de vida:

- Declínio da qualidade de vida em ambos os grupos, sem diferenças significativas em T2 ($p = .221$) e T3 ($p = .491$).

Atividades de autocuidado:

- Grupo experimental: restabelecimento das atividades de vida diária ($Z = -2.355, p = .019$); compreensão das mudanças ($Z = -2.558, p = .011$); e exercícios de relaxamento com material disponibilizado ($Z = -2.526, p = .012$).
- Grupo de controlo: sentimentos de culpabilidade ($Z = -2.352, p = .019$); atividades de vida diária sem qualquer ajuste ($Z = -2.801, p = .005$); e exercício de relaxamento sem acompanhamento ($Z = -2.138, p = .033$).

17/18
Elevada

ESTUDO 7:

Effects of a Brief Psychosocial Intervention in Patients With Cancer Receiving Adjuvant Therapy (Oh e Kim, 2010).

Desenho do estudo: Quasi-experimental. Local: Coreia do Sul.

n = 71 doentes com vários tipos de cancro.

Grupo experimental: n=37.

Grupo de controlo: n=34.

40,8%

Promover a adaptação psicossocial e o autocuidado dos doentes oncológicos.

2 Semanas

Baseline e após a intervenção.

– Adaptação mental (Espírito de Luta; Desânimo-fraqueza; Falta de esperança);
– Ansiedade;
– Depressão;
– Comportamentos de autocuidado.

Verificaram-se diferenças significativas entre os grupos quanto ao espírito de luta ($p = .005$) e aos comportamentos de autocuidado ($p < .001$). Não se verificaram diferenças significativas no scores de desânimo ou falta de esperança ($p = .42$) e na depressão ($p = .068$), no entanto estes valores aumentaram no grupo de controlo e diminuíram no grupo de intervenção. No caso da ansiedade também não se verificaram diferenças significativas ($p = .279$), embora o seu aumento tenha sido mais pronunciado no grupo de controlo.

15/18
Elevada

ESTUDO 8:

A pain education programme to improve patient satisfaction with cancer pain management: a randomised control trial (Chou e Lin, 2011).

Desenho do estudo: Experimental. Local: República da China.

n = 136 (68 doentes com cancro e 68 familiares significativos)
Grupo experimental: n=68; \bar{X} = 55 anos.
Grupo de controlo: n=68; \bar{X} = 59 anos.

5,1%

Promover a satisfação dos doentes oncológicos com o tratamento da dor e a adesão aos analgésicos.

4 Semanas

Baseline às 2 e 4 semanas.

- Satisfação com a gestão da dor oncológica;
- Adesão ao tratamento com analgésicos;

O grupo de intervenção apresentou um maior aumento da satisfação com o papel do enfermeiro ($p = .0002$). A satisfação dos participantes foi um mediador entre as barreiras para a adesão aos analgésicos ($p < .0001$), representado por um efeito total mediado de 47,43%.

17/18
Elevada

ESTUDO 9:

Effects of cancer rehabilitation on problem-solving, anxiety and depression: A RCT comparing physical and cognitive-behavioural training versus physical training (Korstjens et al., 2011).

Desenho do estudo: Experimental. Local: Holanda.

n = 209 doentes com cancro.

Grupo PT:
n=71; \bar{X} = 49.9 anos.

7,2%

Promover a resolução de problemas e diminuir a ansiedade e depressão.

12 Semanas

Baseline, às 12 semanas e aos 3 e 9 meses.

- Resolução de problemas;
- Ansiedade;
- Depressão.

Resolução de problemas:

Às 12 semanas e aos 3 meses os grupos PT e PT+CBT apresentaram níveis de resolução racional e orientação positiva para o problema semelhantes aos da população geral ($p > .05$). Aos 9 meses apenas o grupo PT+CBT manteve a resolução racional de problemas semelhante à população geral. Os grupos PT e PT+CBT revelaram, em todos os momentos, mais estilos de orientação negativa para o problema, impulsividade e evitamento que a população geral ($p < .05$). Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos PT e PT+CBT comparativamente ao grupo de cuidados habituais (grupo UCC).

Ansiedade e depressão:

Diminuição significativa, não existindo diferenças comparativamente aos valores da população geral, à exceção do grupo PT+CBT que revelou um aumento da ansiedade aos 3 e 9 meses ($p < .05$) e da depressão aos 9 meses ($p < .05$), embora com scores inferiores ao primeiro momento de avaliação.

Os grupos PT e PT+CBT apresentaram reduções significativas na ansiedade comparativamente com o grupo de cuidados usuais: PT-1.7, (95% IC -3.0 a -0.4, $p = .012$, ES=-0.40); PT+CBT -1.4 (95% IC -2.6 a 0.1, $p = .037$, ES=-0.32).

Quanto à depressão não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos PT e PT+CBT comparativamente ao grupo de cuidados habituais (grupo UCC).

15/18
Elevada

ESTUDO 10:

Effects of an Internet Support System to Assist Cancer Patients in Reducing Symptom Distress (Ruland et al., 2013).

Desenho do estudo: Experimental. Local: Noruega.

n = 325 doentes com cancro da mama (n=189) e da próstata (n=136).

Grupo experimental: n=162; \bar{X} = 56.9 anos.

24,6%

Promover a autogestão da doença oncológica.

12 Meses

Baseline e aos 3, 6, 9 e 12 meses.

- Perturbação emocional;
- Depressão;
- Autoeficácia;
- Qualidade de vida;
- Suporte social.

Perturbação emocional:

O grupo experimental tendeu a diminuir os sintomas de stress, enquanto o grupo de controlo aumentou. Diferenças significativas apenas no index global de perturbação emocional (slope estimate, -0.052; 95% IC, -0.101 a -0.004; $t = 4.42$; $p = .037$),

Depressão, Autoeficácia, Qualidade de Vida:

Grupo de intervenção: diminuição significativa da depressão (slope estimate, -0.41; 95% IC, -0.71 a -0.11; $t = -2.71$; $p = .007$).

Grupo de Controlo: diminuição significativa da autoeficácia (slope estimate, -3.77; 95% IC, -6.38 a -1.15; $t = -2.82$; $p = .005$) e da qualidade de vida (slope estimate, -3.77; 95% IC, -6.38 a -1.15; $t = -2.82$; $p = .005$).

Não foram detetadas diferenças significativas entre os grupos.

Suporte social:

Não existiram diferenças significativas.

18/18
Elevada

Legenda: ^a ND – não aplicável/não descrito.

Quadro 4: Características das intervenções dos estudos em análise.

ESTUDO	CONTEÚDO DA INTERVENÇÃO	GRUPO DE CONTROLO	MATERIAIS UTILIZADOS	SESSÕES / CONTACTO			
				Tipo de contacto	Número	Duração de cada contacto	Duração total
(1) Coleman <i>et al.</i> (2005)	<ul style="list-style-type: none"> Experiências e sentimentos relativos ao diagnóstico e tratamento do cancro da mama; Adaptação ao diagnóstico e ao tratamento; Tomada de decisão; Gestão do <i>Stress</i> e exercícios de relaxamento; Gestão de sinais, sintomas e reações adversas do tratamento; Autoexame da mama; Exames médicos; Comunicação; Autoimagem; Sexualidade; Medo de recidivas; Recursos da comunidade. 	O material utilizado no grupo de intervenção foi disponibilizado às oito semanas após o início do estudo ou aos 3 meses, sem qualquer informação adicional.	Manual informativo Gravações áudio Vídeos Panfletos	Os materiais utilizados foram disponibilizados por correio eletrónico. Contactos telefónicos semanais (até aos 5 meses), quinzenais (até aos 8 meses) e mensais (até aos 13 meses)	ND ^a	ND ^a	13 Meses
(2) Cho, Yoo e Kim (2006)	<ul style="list-style-type: none"> Cancro da mama, tratamentos e complicações; Nutrição e dieta; Sexualidade; Prevenção e gestão de linfedema; Cirurgia de reconstrução mamária; Autoimagem; Relacionamentos e comunicação; Exercícios de reabilitação; Partilha de experiências em grupos de apoio entre pares. 	Grupo de controlo em lista de espera.	Panfletos	Contactos presenciais semanais	10 20 10	90 Minutos 90 Minutos 60 Minutos	10 Semanas (55 horas)
(3) Godino <i>et al.</i> (2006)	<ul style="list-style-type: none"> Fadiga e autogestão; Experiências e sentimentos relacionados com a fadiga; Tratamento e estratégias de adaptação aos efeitos adversos da quimioterapia; Mudanças nas atividades de vida diária; Gestão do <i>stress</i>; Nutrição; Atividade e repouso; Recursos da comunidade. 	Cuidados habituais.	Material didático Catálogo informativo Diário	Contactos presenciais	3	ND ^a	10 Meses
(4) Badger <i>et al.</i> (2007)	<ul style="list-style-type: none"> Cancro da mama; Reação e adaptação a fatores <i>stress</i>antes; Suporte social; Conscientização das mudanças; Gestão de sintomas; <i>Stress</i> e ansiedade; Exercício físico. 	Breve informação sobre o cancro, sem qualquer aconselhamento acerca da autogestão da doença ou incentivo ao exercício físico.	ND ^a	Contactos telefónicos semanais	6 6	≈34 Minutos ≈11 Minutos	6 Semanas (4,5 horas)

(5) Grenier et al. (2007)	<ul style="list-style-type: none"> - Cancro do ovário; - Tratamento com quimioterapia; - Gestão de efeitos secundários da quimioterapia; - Prevenção e gestão da eritrodismetisia palmar-plantar. 	Estudo sem grupo de controlo	Folheto informativo Diário Lista de "dicas"	Contactos presenciais de 4 em 4 semanas	ND ^a	ND ^a	ND ^a
(6) Wonghongkul et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades de autocuidado; - Estratégias de <i>coping</i>; - A vida após o tratamento de cancro da mama; - Sentimentos de incerteza; - Bem-estar da mente e do corpo; - Esperança; - Adoção de comportamentos saudáveis; - Medo de recidivas; - Relacionamentos saudáveis; - Gestão familiar e das atividades de vida diária; - Sensação de controlo; - <i>Stress</i> e relaxamento. 	Cuidados habituais.	Vídeos Panfletos Livros	Contactos presenciais de 2 em 2 semanas	4	4 Horas	42 Dias (16 horas)
(7) Oh e Kim (2010)	<ul style="list-style-type: none"> - Autocuidado; - Estratégias de <i>coping</i>; - Gestão de <i>stress</i>; - Adaptação ao cancro; - Gestão de sintomas; - Espírito de luta; - Esperança; - Sentimentos de desânimo, falta de esperança e ansiedade; - Técnicas de relaxamento muscular e imaginação guiada; - Estilos de vida saudáveis; - Fortalecimento de relações sociais e terapêuticas; - Estabelecimento de metas; - Espiritualidade; - Resolução de problemas; - Autoeficácia. 	Cuidados habituais.	Vídeo Folheto	1º Contacto: presencial 2º Contacto: telefónico	2	1º Contacto: 35 Minutos 2º Contacto: 15 Minutos	2 Semanas (50 minutos)
(8) Chou e Lin (2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão da dor oncológica; - Uso de analgésicos; 	Cuidados habituais.	Folheto	Contactos presenciais.	3	ND ^a	4 Semanas
(9) Korstjens et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Exercício; - Representações da doença; - Autogestão; - Resolução de problemas; - Habilidades de autogestão; - Luta por objetivos pessoais; - Partilha de experiências; - <i>Stress</i>; - Relaxamento; - Fadiga; - Exercício; - Representações da doença; - Otimismo e autoeficácia; 	Cuidados habituais.	ND ^a	Contacto presencial 2 vezes por semana. Contactos presenciais semanais	24 12	2 Horas 2 Horas	12 Semanas (48 Horas) 12 Semanas (24 Horas)

<p>(10) Ruland <i>et al.</i> (2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Secção avaliativa: monitorização de sintomas e condição clínica e apoio na comunicação com os profissionais de saúde; – Secção de suporte na autogestão: gestão de sintomas, atividades de autogestão; – Secção informativa: informação sobre tratamento, efeitos adversos, estilos de vida e ligações para grupos de suporte e outras plataformas interativas; – Secção comunicativa: colocação de dúvidas e partilha de experiências com enfermeiros e/ou outros doentes; – Secção pessoal: diário. 	<p>Foram sugeridas outras plataformas úteis.</p>	<p>Plataforma interativa</p>	<p>Contacto através de plataforma interativa "WebChoice"</p>	<p>ND^a</p>	<p>ND^a</p>	<p>12 Meses</p>
---	---	--	------------------------------	--	-----------------------	-----------------------	-----------------

Legenda: ^a ND – não aplicável/não descrito.

Foi ainda possível verificar que todas as intervenções foram de natureza psicoeducativa¹, combinando o suporte social informativo, instrumental e emocional, no sentido de desenvolver os conhecimentos e as competências dos participantes com o objetivo último de os capacitar para uma gestão mais eficaz da sua doença.

Os conteúdos das intervenções foram muito variados e, em geral, abrangendo vários aspetos ou áreas, tal como está explicitado no Quadro 4. Desde conteúdos centrados nos aspetos emocionais (Estudos 1, 2, 3, 6, 7, 9), no autocuidado (Estudos 1, 3, 6, 7), nos comportamentos de saúde (Estudos 2, 4, 6, 7, 9), nas relações sociais e terapêuticas (Estudos 1, 2, 6, 7), nos exames e tratamentos (Estudos 1, 2, 5), e na gestão do *stress*/ansiedade (Estudos 1, 3, 4, 6, 9). De salientar que a gestão de sintomas foi um conteúdo transversal a todos os estudos, com exceção do estudo 6.

Para operacionalizar as intervenções, os autores utilizaram essencialmente a combinação de técnicas de natureza cognitiva (por exemplo aconselhamento e mudança de pensamentos negativos) e de natureza comportamental (desenvolvimento e reforço de competências e mestria).

Quanto ao grupo alvo das intervenções, nos estudos 4 e 8, foram também incluídas as pessoas significativas dos doentes. No estudo 4 o objetivo da intervenção era reduzir os níveis de ansiedade e depressão, tanto nos doentes, como nos seus familiares. No estudo 8, pretendia-se promover a satisfação do doente e familiares com o tratamento, e intervir nos domínios da dor e da adesão à terapêutica analgésica, junto dos doentes.

Relativamente aos participantes do grupo de controlo, cinco receberam os cuidados habituais (Estudos 3,6,7,8,9) e um grupo ficou em lista de espera (Estudo 2). No estudo 1, o material utilizado na intervenção, foi também disponibilizado ao grupo de controlo às oito semanas após o início do estudo ou aos três meses de intervenção. No estudo 4, para além dos cuidados habituais, foi apenas dada uma breve informação sobre a doença oncológica, sem qualquer aconselhamento. No estudo 10 foram disponibilizados recursos alternativos à intervenção, ou seja, outras plataformas interativas. No estudo 5 não foi criado nenhum grupo de controlo.

¹ Intervenção psicoeducativa: é uma modalidade de intervenção destinada a um conjunto de pessoas que partilham um mesmo problema, dinamizada por um profissional da área da saúde (usualmente um psicólogo, gerontólogo ou enfermeiro), e eventualmente, por profissionais especializados nos temas das sessões. Esta intervenção visa proporcionar um suporte informativo (fornecer informação útil e instrumental sobre a temática) e um suporte emocional (expressão e normalização de emoções associadas à problemática e treino de competências de redução do *stress*, gestão das emoções e resolução de problemas) (ICBAS, s.d.).

3. Resultados dos estudos

Os momentos de avaliação dos resultados foram muito distintos. Quatro estudos avaliaram os resultados em quatro semanas (Estudos 2, 4, 7, 8), dois até um ano (Estudos 6, 9) e dois num período superior a um ano (Estudos 1, 10). Os autores dos estudos 3 e 5 não descreveram os momentos de avaliação dos resultados.

O número de momentos realizados para monitorizar os resultados obtidos com a intervenção implementada também foi distinto, existindo dois estudos com cinco momentos de avaliação (Estudos 1, 10), um com quatro (Estudo 9), quatro com três (Estudos 3, 4, 6, 8) e dois com dois momentos (Estudos 2, 7). O estudo 5 não descreveu o número de momentos de avaliação dos resultados.

Os estudos incluídos nesta revisão avaliaram uma grande diversidade de indicadores, como se pode observar no Quadro 3. Indicadores relativos a sintomas (Estudos 1, 2, 3, 8), qualidade de vida (Estudos 2, 6, 10), autocuidado (Estudos 6, 7), comportamentos de adesão (Estudos 5, 8), adaptação psicossocial (Estudos 2, 7, 10), suporte social (Estudo 10) e diferentes variáveis de natureza emocional (Estudos 1, 4, 7, 9, 10).

Dos estudos revistos, cinco avaliaram os sintomas de depressão e/ou ansiedade (Estudos 1, 4, 7, 9, 10), tendo comprovado a diminuição dos níveis de ansiedade e/ou depressão dos participantes incluídos no grupo experimental. Relativamente aos resultados do estudo 4, é de realçar que o fator tempo contribuiu para a diminuição dos *scores* de depressão, ou seja, à medida que o tempo avançava esses *scores* tendiam a baixar, contudo, o tempo não foi, por si só, responsável pelas mudanças verificadas. De acordo com os autores deste estudo, o aconselhamento e o suporte informativo disponibilizado através de contactos telefónicos (nomeadamente pela abordagem de questões relacionadas com a educação sobre o cancro, o suporte social, a consciencialização, a mudança de papéis, a gestão de sintomas, o *stress* e a ansiedade) produziram efeitos positivos, reduzindo a depressão e ansiedade das mulheres com cancro da mama.

De referir ainda que no estudo 7, ambos os participantes do grupo de controlo e do grupo de intervenção apresentaram um aumento da ansiedade, embora menos pronunciado nos indivíduos que beneficiaram da intervenção. No estudo 9, os participantes alocados aos grupos PT (treino físico) e PT+CBT (treino físico + terapia cognitivo-comportamental) registaram uma diminuição significativa destes sintomas em todos os momentos de avaliação e, quando comparados os resultados obtidos

aos participantes do grupo de comparação (denominado de UCC), que receberam os cuidados habituais, registou-se apenas uma diferença estatisticamente significativa em relação à ansiedade, que foi menor nos grupos de intervenção PT e PT+CBT.

Três estudos avaliaram a qualidade de vida (Estudos 2, 6, 10), dos quais dois (Estudos 6, 10) não detetaram diferenças significativas em relação ao grupo de controlo. No estudo 2, o grupo experimental apresentou uma melhoria significativa da qualidade de vida, verificando-se diferenças estatisticamente significativas em relação ao grupo de controlo ($t = 3.21; p = .002$).

Dois dos 10 estudos incluídos, avaliaram o desempenho dos participantes nas atividades de autocuidado (Estudos 6, 7), concluindo a existência de diferenças significativas entre os grupos.

No grupo de intervenção do estudo 6, verificou-se uma melhoria significativa de três atividades: restabelecimento das atividades de vida diária; compreensão das mudanças; e exercícios de relaxamento com material disponibilizado. No grupo de controlo, registou-se um aumento de sentimentos de culpabilidade, de atividades de vida diária sem qualquer ajuste e de exercícios de relaxamento sem acompanhamento. Segundo os autores, o conhecimento adquirido terá proporcionado o desenvolvimento de competências dos indivíduos do grupo de intervenção, para desenvolver o autocuidado, compreender e adaptar-se ao diagnóstico, e ajustar as suas atividades de autocuidado às mudanças suscitadas pela doença. Contrariamente, os participantes do grupo de controlo não ajustaram as suas atividades de autocuidado às mudanças precipitadas pela doença, não promovendo, segundo os autores, a qualidade de vida.

No caso do estudo 7, os indivíduos do grupo experimental aumentaram os comportamentos de autocuidado em 28%, enquanto os doentes do grupo de controlo apresentaram uma redução de 6,2%.

A adesão ao regime terapêutico foi também avaliada em dois estudos (Estudos 5,8). No estudo 5, os autores concluíram que o programa de intervenção, baseado na educação sobre o tratamento de quimioterapia e a importância da prevenção e gestão dos efeitos adversos reduziu o grau de eritrodisestesia palmar-plantar, mucosite e outros efeitos secundários, promovendo assim, a adesão e término do tratamento de quimioterapia.

Relativamente ao estudo 8, concluiu-se que a satisfação dos participantes do grupo experimental com a intervenção, foi uma variável mediadora para a adesão aos analgésicos, contrariamente aos participantes do grupo de controlo em que não

se verificou qualquer associação entre a satisfação com a intervenção e a adesão aos analgésicos. Nesta intervenção, os enfermeiros incentivaram os doentes a desenvolver um papel mais ativo no tratamento da dor, promovendo assim um relacionamento com os profissionais de saúde, mais empático e colaborativo.

Os estudos 2, 7 e 10 avaliaram também a adaptação à doença oncológica, em termos de atitudes face ao processo de gestão da doença. No estudo 2, a adaptação foi definida pela atitude após o diagnóstico (aceitação ou raiva) e pelo esforço e motivação para a autogestão. Neste estudo, verificaram-se diferenças significativas entre os grupos, nomeadamente, os participantes que beneficiaram da intervenção demonstraram uma melhoria significativa da adaptação psicossocial à doença, contrariamente ao grupo de controlo que revelou uma redução significativa deste indicador.

No estudo 7, a adaptação psicológica à doença foi também avaliada, tendo-se concluído que a intervenção produziu efeitos positivos ao nível do espírito de luta, onde se registaram diferenças significativas entre os grupos. Ao nível do desânimo/fraqueza e falta de esperança, embora não se tenham verificado diferenças significativas, registou-se uma diminuição destes indicadores no grupo experimental e um aumento no grupo de controlo.

No estudo 10, ambos os grupos apresentaram uma redução dos níveis de autoeficácia, embora tenha sido o grupo de controlo a registar uma maior redução, com diferença estatisticamente significativa.

O *stress* e o suporte social foram avaliados no estudo 10. Em relação ao *stress*, verificou-se uma redução no grupo experimental e um aumento no grupo de controlo, embora apenas se tenham registado diferenças significativas no *score* global de perturbação emocional. Já em relação ao suporte social, o grupo experimental manteve o mesmo nível, enquanto o grupo de controlo apresentou uma redução com significado estatístico, ainda que não se tenham verificado diferenças significativas entre os grupos.

Na globalidade dos estudos incluídos, detetamos que nenhum efetuou uma avaliação do custo-eficácia das intervenções implementadas. A promoção da saúde em termos de autogestão da doença foi um resultado avaliado em todos os estudos selecionados.

Importa referir alguns aspetos que exigem alguma precaução na análise dos resultados e conclusões obtidas em cada estudo incluído. Estes aspetos são, em parte, baseados nas limitações dos próprios estudos.

No estudo 1 foram implementadas duas intervenções. A primeira consistiu na entrega de um manual com conteúdo informativo e materiais suplementares (gravações áudio, vídeos e panfletos) e a segunda foi semelhante à primeira, à exceção da implementação de contactos telefónicos. Neste estudo, conclui-se que a utilização do pacote, por si só, é suficiente para produzir efeitos nas variáveis medidas (perturbações de humor, medo relacionado com o cancro, relacionamento com pessoas significativas, solidão e sintomatologia).

Ainda assim, é necessário considerar os seguintes fatores que poderão ter posto em causa a eficácia do contacto telefónico: (1) o grupo experimental foi composto por mulheres com tumores em fase mais avançada comparativamente às mulheres do grupo de controlo; (2) a mortalidade da amostra, superior no grupo experimental, diminuiu o poder de análise e o tamanho de efeito proposto ($d = 0.8$). Apesar destes resultados e das conclusões retiradas, constata-se que ambas as intervenções foram implementadas por enfermeiros, tendo como objetivo a promoção da autogestão e, como tal, pode concluir-se que ambas são eficazes visto que as duas produziram melhorias significativas no humor, na sintomatologia e no relacionamento com outras pessoas significativas. Quando se trata de ponderar os custos, provavelmente a entrega do pacote, com conteúdo informativo e material suplementar, será mais rentável do que adicionar a esta intervenção o contacto telefónico. Este estudo permitiria uma melhor exploração das intervenções, se incluísse um grupo de controlo em que os participantes apenas recebessem os cuidados habituais.

No estudo 3 não se verificaram diferenças significativas entre os grupos quanto ao nível de fadiga, facto que pode ser consequência, tal como afirmam os autores, da elevada taxa de mortalidade da amostra (50%).

Também não se verificaram melhorias significativas na qualidade de vida das mulheres com cancro da mama (Estudo 6) e na ansiedade e depressão dos doentes com cancro (Estudo 7). Todavia, é necessário ter em conta a baixa fidelidade dos instrumentos utilizados.

No estudo 6, o instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida pode não ter sido suficientemente sensível, dado o número de itens e o valor total do alfa de Cronbach ($\alpha = 0.88$), assim como os valores obtidos para as dimensões de bem-estar físico ($\alpha = 0.69$) e espiritual ($\alpha = 0.37$).

No caso do estudo 7, a subescala da depressão da versão coreana da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão obteve um alfa de Cronbach igualmente baixo ($\alpha = 0.50$). Além deste fator, existiram outros que poderão ter

condicionado os resultados: a taxa de mortalidade elevada (40,88%), reduzindo o poder de análise e o tamanho de efeito proposto ($d = 0.8$); os *scores* iniciais de ansiedade e depressão inferiores aos da população geral; efeitos adversos da terapia; e a reduzida duração da intervenção (2 semanas).

Uma das intervenções do estudo 9, caracterizada por treino cognitivo-comportamental centrado na autogestão da doença (PT+CBT) não superou os resultados obtidos por uma outra intervenção constituída apenas de exercício físico e autogestão da doença (PT). Porém, esta última intervenção, apesar de não ter sido desenvolvida por enfermeiros, também abordou áreas relacionadas com a autogestão da doença, pelo que as reduzidas diferenças entre os grupos podem ter sido condicionadas por este fator. Os participantes do grupo de comparação (UCC) eram livres de recorrer a atividades físicas e aconselhamento psicológico, podendo de igual modo receber suporte social formal através de outros profissionais de saúde e, dessa forma, influenciar os resultados obtidos. Ainda, segundo os autores, a taxa de mortalidade da amostra influenciou o poder de análise (0.80) e o tamanho de efeito proposto ($d = 0.50$).

Finalmente, no estudo 10, a eficácia da plataforma interativa não ficou completamente provada, nomeadamente em relação aos sintomas de perturbação emocional, à qualidade de vida e à autoeficácia das pessoas com cancro da mama e dos ovários. Foram vários os fatores que podem ter contribuído para tal: (1) tamanho da amostra reduzido, contribuindo para a existência de características díspares entre os participantes de cada grupo; (2) contaminação do grupo de controlo, na medida em que os participantes receberam sugestões de outras plataformas interativas relacionadas com a doença oncológica; (3) baixa fidelidade dos instrumentos de medida para a depressão ($\alpha = 0.74$) e qualidade de vida ($\alpha = 0.70$); (4) 23% dos participantes pertencentes ao grupo experimental nunca chegaram a utilizar a plataforma e apenas 64% utilizaram a plataforma mais de uma vez.

4. Qualidade metodológica dos estudos incluídos

Aplicando os formulários de revisão crítica para os estudos quantitativos (Anexo VII), verificou-se que a qualidade metodológica dos artigos selecionados

variou entre 9 e 18 pontos, com uma média de 15,3 ($DP = 2.63$), como se pode observar no Quadro 5. Nove dos 10 estudos apresentaram qualidade metodológica elevada, entre os quais sete estudos experimentais (Estudos 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10).

O estudo com menor qualidade metodológica foi o estudo 5, classificado de qualidade moderada. Este estudo tratou-se de um estudo descritivo em que a amostra não foi apresentada detalhadamente. Colocaram-se algumas dúvidas quanto ao método de colheita dos dados, já que foram utilizadas medidas de autorrelato para descrever as características demográficas, a doença, o histórico de tratamento, os ciclos de tratamento com cloridrato de doxorrubicina e a condição clínica dos participantes. Os autores não fazem qualquer referência aos instrumentos utilizados para avaliar os indicadores, não sendo possível obter resposta do autor principal, quando contactado por correio eletrónico. Também neste estudo não são descritos os tipos de análise estatística utilizados, não obstante, pela observação dos resultados, conclui-se que se trata de uma análise descritiva, sem dados de significância estatística e, em alguns casos, apresentados de forma pouco clara, nomeadamente em relação às características dos participantes e aos efeitos adversos decorrentes da quimioterapia.

Embora se tenham verificado fragilidades no estudo 5, a verdade é que os efeitos produzidos na adesão ao tratamento de quimioterapia e na redução dos efeitos laterais são motivos para ponderar a eficácia da intervenção na promoção da autogestão da doença oncológica, visto que as pessoas conseguiram, através do conhecimento sobre o tratamento e efeitos adversos, reduzir os efeitos laterais e o impacto dos mesmos na sua qualidade de vida.

O estudo 3 obteve um score de 13 pontos, situando-se no limiar inferior de elevada qualidade metodológica (Anexo VIII). Os autores deste estudo não definiram exatamente quais as variáveis a analisar nem descreveram, nos resultados, os dados estatísticos relativos às diferenças entre os momentos de avaliação e entre os grupos.

Quadro 5: Qualidade metodológica dos estudos selecionados.

	Estudo	Score total	Qualidade
Estudo 1	Coleman <i>et al.</i> (2005)	17/18	Elevada
Estudo 2	Cho, Yoo e Kim (2006)	16/18	Elevada
Estudo 3	Godino <i>et al.</i> (2006)	13/18	Elevada
Estudo 4	Badger <i>et al.</i> (2007)	16/18	Elevada

Estudo 5	Grenier <i>et al.</i> (2007)	8/18	Moderada
Estudo 6	Wonghongkul <i>et al.</i> (2008)	17/18	Elevada
Estudo 7	Oh e Kim (2010)	15/18	Elevada
Estudo 8	Chou e Lin (2011)	17/18	Elevada
Estudo 9	Korstjens <i>et al.</i> (2011)	15/18	Elevada
Estudo 10	Ruland <i>et al.</i> (2013)	18/18	Elevada

À exceção do Estudo 5, todos os estudos descreveram minuciosamente a amostra. No entanto, três não efetuaram a distribuição dos participantes pelos grupos de forma aleatória (Estudos 5, 6, 7). Ressalve-se ainda que três estudos não apresentaram uma justificação para o tamanho da amostra (Estudos 3, 4, 5).

A totalidade dos estudos selecionados descreveu detalhadamente a intervenção implementada, com informações precisas sobre: (a) as intervenções destinadas a cada grupo; (b) o modo e o momento em que seriam implementadas; (c) o conteúdo. Todavia, à semelhança de muitas outras intervenções psicossociais, os estudos incluídos nesta revisão não se trataram de ensaios clínicos com dupla ocultação.

Na globalidade, os itens com menor pontuação foram aqueles relativos à contaminação e à co-intervenção. Alguns estudos não apresentaram qualquer referência relativamente à contaminação (Estudos 2, 3) ou à co-intervenção (Estudos 2, 4, 7, 8, 9). Dois estudos não evitaram a contaminação da amostra (Estudo 7, 9) e seis evitaram-na (Estudos 1, 4, 5, 6, 8, 10). Nestes seis estudos, os participantes do grupo de controlo recebiam apenas os cuidados habituais e podiam contactar os profissionais de saúde em caso de necessidade, como habitualmente faziam. Dos 10 estudos em análise, dois evitaram a co-intervenção (Estudos 6, 10) e três não o conseguiram (Estudos 1, 3, 5). Os estudos 6 e 10 controlaram a co-intervenção na medida em que apenas o grupo de intervenção teve acesso ao conteúdo e à intervenção previamente estabelecida. Por exemplo: no estudo 10, apenas os participantes do grupo de intervenção receberam um manual de utilização e as instruções de acesso e utilização da plataforma interativa.

Realce-se ainda que alguns dos estudos selecionados não fazem qualquer referência à representatividade da amostra e à generalização dos resultados. Outros, por sua vez, referem que os resultados não podem ser generalizados (Estudos 1, 2, 3, 6, 10) e/ou que a amostra não foi representativa da população (Estudos 2, 10).

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo procurou-se avaliar as evidências sobre o papel do suporte social proporcionado por enfermeiros na autogestão da doença oncológica.

Em relação ao objetivo “identificar e analisar a importância do suporte social formal proporcionado por enfermeiros na autogestão da doença oncológica”, constatou-se que o enfermeiro tem um papel facilitador do processo de autogestão na doença oncológica, desenvolvendo intervenções centradas na promoção da autogestão que são eficazes e, particularmente importantes, uma vez que promovem a aquisição de conhecimentos, a partilha de dúvidas ou de dificuldades relacionadas com situações específicas de saúde/doença e na expressão de sentimentos (quer a nível individual quer em grupo de pares).

Ressalte-se que dos 10 estudos incluídos, embora nem todos os estudos tenham verificado benefícios em todos os indicadores avaliados, apenas dois (Wonghongkul *et al.*, 2008; e Korstjens *et al.*, 2011) não comprovaram a eficácia das intervenções desenvolvidas por enfermeiros para promover a autogestão da doença oncológica. No estudo de Wonghongkul e colaboradores (2008), os autores não detetaram benefícios da intervenção na qualidade de vida, muito provavelmente, devido à baixa consistência interna do instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida, no entanto, os comportamentos de autocuidado foram potenciados pela intervenção. Parece-nos, portanto, que o papel do enfermeiro, neste estudo, não foi devidamente avaliado tendo em conta as fragilidades do instrumento utilizado. Do mesmo modo, Korstjens e colaboradores (2011) afirmam que a baixa eficácia da intervenção de treino cognitivo-comportamental não permite a conclusão de que esta, por si só, não seja eficaz, dado que não foi constituído um grupo de comparação sem intervenção.

Na globalidade dos estudos analisados, os programas desenvolvidos pelos enfermeiros, no domínio do suporte social, promoveram resultados positivos ao nível da autogestão que se operacionalizaram na diminuição de perturbações de humor, de sintomatologia da doença oncológica, de sentimentos e afetos negativos (a falta de esperança, o medo, as dúvidas) e na promoção da adaptação psicossocial e qualidade de vida do doente, nomeadamente, na sua satisfação e perceção de autoeficácia, na gestão de *stress*, na facilitação de relacionamentos com pessoas significativas assim como, nas atividades de autocuidado e na adesão ao regime terapêutico.

Verificou-se assim que os programas de autogestão desenvolvidos por enfermeiros no domínio do suporte informativo, instrumental e emocional, empoderaram as pessoas com doença oncológica para gerirem melhor a doença e a satisfazerem as suas necessidades individuais.

Estes resultados vão ao encontro de outros estudos, nomeadamente, de uma de revisão sistemática desenvolvida por Koller e colaboradores (2012), em que um dos objetivos era avaliar a eficácia das intervenções para promover a autogestão da dor oncológica, e em que se concluiu que as três intervenções com maior eficácia eram as que tinham sido desenvolvidas e implementadas por enfermeiros.

Por outro lado, contrariamente aos resultados obtidos nesta investigação, Cruickshank e colaboradores (2008) desenvolveram uma revisão sistemática em que concluíram que ainda havia incertezas quanto à real eficácia das intervenções desenvolvidas por enfermeiros com o objetivo de apoiar e ajudar as pessoas com cancro da mama a adaptar-se à doença e a manter a qualidade de vida. Do mesmo modo, Radhakrishnan (2011), numa revisão sistemática sobre a eficácia das intervenções de enfermagem destinadas a promover a autogestão da diabetes *mellitus* tipo II, da hipertensão e das doenças cardíaca, concluiu que os enfermeiros têm um papel vital no aconselhamento, na educação, na promoção da adesão ao tratamento e no apoio às pessoas com doença crónica, mas as intervenções implementadas por este grupo profissional eram apenas parcialmente eficazes e, quando se ponderavam os custos e os recursos, estas poderiam não ser preferenciais às intervenções tradicionais.

Em relação ao segundo objetivo desta revisão, definido por “contribuir com orientações relativas a intervenções de enfermagem no âmbito do suporte social formal, com vista à promoção da autogestão eficaz da doença oncológica” verificou-se que as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros foram, em geral, muito diversificadas. Para responder a este objetivo será feita uma discussão sobre a forma

como estas intervenções podem ser planeadas e implementadas, nomeadamente, em relação ao seu racional, ao seu conteúdo, tipos de contato com os utentes, número de sessões e duração das intervenções.

Relativamente **ao racional ou base concetual** dos programas de promoção da autogestão da doença crónica, Jones e Riazi (2011) referem que os benefícios destes podem ser potenciados se os programas forem desenvolvidos a partir dos princípios da autoeficácia. Nos estudos incluídos, apenas um estudo (Oh e Kim, 2010) faz referência à utilização destes princípios no planeamento e implementação da intervenção promotora da autogestão da doença oncológica. Segundo Oh e Kim (2010), o aumento dos comportamentos de autocuidado deveu-se, por um lado, à estratégia de aprendizagem vicariante utilizada, visto que providenciou conhecimentos e habilidades durante o tratamento adjuvante e, por outro lado, ao reforço da autoeficácia, na medida em que promoveu o processo de adaptação.

Segundo Swendeman, Ingram e Rotheram-Borus (2009), as pessoas com doença crónica precisam desenvolver um controlo percebido sobre a situação de doença e sobre a capacidade para gerir a própria vida, através de um papel ativo e informado, no que respeita às tomadas de decisão relacionadas com a doença. Alguns estudos referem ainda que os programas devem ser centrados nas necessidades dos doentes e nas suas capacidades, tendo por objetivo o desenvolvimento de competências e habilidades das pessoas para lidar com a doença crónica (Coster e Norman, 2009; Jones e Riazi, 2011; McCorkle *et al.*, 2011).

Não obstante, e apesar dos progressos científicos, ainda não é claro ou consensual qual será o construto teórico que melhor suportará o desenvolvimento de intervenções promotoras da autogestão da doença oncológica.

Quanto ao **conteúdo** dos programas promotores da autogestão da doença oncológica, a maioria das intervenções dos estudos incluídos nesta revisão sistemática, centrou-se no desenvolvimento de conhecimentos e no treino de competências. Os conhecimentos abordados foram essencialmente focados na doença, e no seu tratamento e complicações, em áreas como a nutrição e a sexualidade, na tomada de decisão, nos recursos da comunidade e nos relacionamentos interpessoais (relacionamentos familiares e comunicação com os profissionais de saúde). O treino de competências foi relacionado com o autocuidado, com a prevenção e gestão de efeitos adversos dos tratamentos, com a gestão de sintomas, com a manutenção da autoimagem e com o exercício físico. À semelhança destes conteúdos, Boren e colaboradores (2009), com o objetivo de descrever os programas utilizados para promover a autogestão na insuficiência cardíaca

congestiva, concluíram que o conteúdo das intervenções analisadas podia ser organizado em quatro categorias: conhecimento e autogestão (por exemplo, em relação ao diagnóstico, prognóstico e tratamento); suporte social (por exemplo, interação social, *stress* e ansiedade); gestão de líquidos (por exemplo, restrição de líquidos) e dieta e atividade (por exemplo, hábitos alcoólicos).

No que diz respeito aos materiais utilizados, os programas de suporte social formal podem compreender a utilização de uma grande variedade de recursos para facilitar a sua implementação e o seu sucesso, como por exemplo, folhetos informativos, panfletos, livros, meios audiovisuais (por exemplo, CD-ROM interativo), grupos de apoio entre pares, plataformas interativas e contactos telefónicos. Nos estudos analisados, os meios privilegiados foram os manuais, folhetos e/ou panfletos informativos. Na revisão de Koller e colaboradores (2012), centrada nas estratégias de controlo da dor oncológica, o material mais utilizado nas intervenções foi também o material escrito, sendo ainda usados os meios audiovisuais.

Se for realizada uma análise em termos de custo-benefício, provavelmente a entrega de material escrito será o meio mais rentável. Um dos estudos analisados (Coleman *et al.*, 2005) concluiu que a utilização do pacote informativo, por si só, é suficiente para promover a adaptação das pessoas com cancro da mama, particularmente quando se comparam os custos e benefícios em relação ao contacto telefónico. Todavia, Lorig e Holman (2003) alertam para o facto de que muitos dos programas disponibilizam ou informam acerca dos recursos existentes, mas não ensinam os participantes sobre a forma de os utilizar. No mesmo sentido, Chaplin, Hazan e Wilson (2012) e Gibson e colaboradores (2002), concluíram que a informação, mesmo que essencial e importante, não produz, sozinha, efeitos substancialmente positivos na autogestão da doença crónica. Coster e Norman (2009) acrescentam que a divulgação de informação às pessoas com doença crónica, sem qualquer ensino ou desenvolvimento de competências, pode limitar a forma como as pessoas utilizam esse conhecimento para promover a sua saúde, para além de ser difícil saber até que ponto esse material escrito é verdadeiramente consultado. Realce-se ainda que, a utilização de material escrito é uma boa forma de reforçar a informação que é dada à pessoa, contudo, esta estratégia, sozinha, pode não resultar em benefícios ao nível da autogestão da doença crónica e terá de ser complementada com outras estratégias mais interativas.

É importante o estabelecimento de contactos com os participantes dos programas de autogestão. Nos estudos analisados, o **tipo de contacto** estabelecido com maior frequência foi o contacto face-a-face, utilizado em seis estudos, existindo

também um estudo em que o contacto estabelecido foi exclusivamente através de contactos telefónicos e um outro através de uma plataforma interativa. Do mesmo modo, na revisão sistemática de Koller e colaboradores (2012), 20 dos 24 estudos analisados estabeleceram contactos face-a-face, sendo que oito destes estudos apresentaram resultados positivos e estatisticamente significativos. Radhakrishnan (2011) verificou que 5 dos 10 estudos incluídos no seu estudo de revisão sistemática utilizaram a combinação de contactos face-a-face e telefónicos. De acordo com os resultados dos estudos incluídos nesta revisão, parece não existir uma associação direta entre os tipos de contacto estabelecidos e a obtenção de ganhos em saúde.

A este propósito, é visível que a utilização das plataformas interativas tem vindo a crescer com a influência das novas tecnologias. Apesar disto, o estudo de Ruland e colaboradores (2013), incluído nesta revisão, não comprova que a utilização de plataformas interativas traga benefícios para a autogestão da doença oncológica, nomeadamente em relação aos sintomas de perturbação emocional, à qualidade de vida e à autoeficácia das pessoas com cancro da mama e dos ovários. Da mesma forma, a revisão sistemática de Kok *et al.* (2011) também não demonstrou resultados conclusivos quanto à eficácia da utilização das plataformas interativas na promoção da autogestão da doença crónica.

Por outro lado, uma revisão sistemática sobre o impacto de plataformas interativas destinadas a pessoas com doença crónica (Murray *et al.*, 2009), concluiu que esses aplicativos produzem resultados positivos em alguns parâmetros como o conhecimento e a satisfação com o suporte social, e efeitos aparentemente positivos na autoeficácia. Stinson e colaboradores (2009) também concluíram que as intervenções implementadas através da *internet* e destinadas à promoção da autogestão da doença crónica em jovens, apresentam benefícios em alguns indicadores. Porém, ainda não existe evidência científica suficiente acerca dos benefícios das plataformas interativas na promoção da autogestão da doença crónica ou sobre o perfil de utentes em que esta estratégia seja mais eficaz, pelo que será pertinente desenvolver mais investigação nesta área.

As intervenções implementadas por um profissional, através de contacto face-a-face tendem a trazer mais benefícios na promoção da autogestão da doença crónica (Coster e Norman, 2009). Segundo um dos estudos analisados (Chou e Lin, 2011), o facto de a intervenção ter sido realizada face-a-face, baseada num processo de educação sistemático sobre a dor, que incluía a criação de oportunidades para os doentes descreverem os seus sintomas, avaliarem a eficácia da terapêutica e o plano de gestão da dor, pode ter contribuído para o sucesso do programa.

Em todo o caso, é necessário ressaltar que a elevada percentagem de perda de elementos verificada no estudo de Oh e Kim (2010) sugerem que alguns dos participantes que abandonaram os estudos, não quiseram ou não estavam disponíveis para participar em todas as sessões presenciais dos programas de autogestão. No estudo de Wonghongkul e colaboradores (2008), três participantes abandonaram a intervenção por ser inconveniente para a vida pessoal. Associado a este facto, a utilização das plataformas interativas poderá ser uma forma de evitar os possíveis inconvenientes dos contactos face-a-face para os participantes (Murray *et al.*, 2009), nomeadamente em termos de deslocação e poupança de tempo.

Apesar do contacto face-a-face ser eficaz para uma percentagem significativa de pessoas, as preferências dos participantes destes programas de autogestão terão de ser sempre consideradas. A combinação de plataformas interativas, de contactos face-a-face e de contactos telefónicos associados à divulgação de material escrito poderá ser uma forma de evitar estes constrangimentos e de incentivar o envolvimento das pessoas com doença crónica no processo de autogestão da doença. No entanto, ainda não existe evidência científica suficiente para suportar esta ideia. É importante que as intervenções de enfermagem no âmbito da promoção da autogestão da doença não se limitem apenas à divulgação de panfletos, folhetos e/ou informação sobre os recursos existentes na comunidade, mas incluam ainda momentos de discussão e partilha de informação, dúvidas, receios, entre outros.

A implementação de momentos de *follow-up* periódicos pode ser também uma estratégia importante, pois incute uma sensação de apoio nos indivíduos inseridos em programas de autogestão, que os leva a persistir na mudança de comportamentos (Radhakrishnan, 2011).

A **duração** ideal dos programas de autogestão da doença oncológica não pode ser determinada, dada a grande variedade registada na duração das intervenções dos 10 estudos seleccionados (entre duas semanas e 13 meses). A literatura apresenta também uma grande disparidade no que respeita à duração dos programas que promovem a autogestão da doença crónica, variando, por exemplo, entre três e 18 meses (Boren *et al.*, 2009), uma semana e dois anos (Radhakrishnan, 2011), seis dias e 16 semanas (Jang e Yoo, 2012).

Na realidade, parece não existir uma associação direta entre a duração da intervenção promotora da autogestão e os resultados obtidos (Radhakrishnan, 2011; Jang e Yoo, 2012; Koller *et al.*, 2012). Contudo, na revisão sistemática de Koller e colaboradores (2012), o estudo com menor impacte na autogestão da dor oncológica

foi, precisamente, o estudo que tinha a intervenção mais curta (14 minutos). Isto sugere que é necessário um tempo mínimo de contacto com o participante do programa de autogestão para que sejam verificados resultados positivos.

Independentemente da duração temporal da intervenção, Coster e Norman (2009), afirmam que há sempre um risco de avaliar resultados antes que estes ocorram e, pelo contrário, avaliar resultados a longo prazo que se evidenciam com maior intensidade num período anterior. É necessário ter em conta que determinados resultados só são obtidos a longo prazo, até pelas características inerentes ao processo de autogestão (Nolte e Osborne, 2013), pelo que, os momentos de avaliação dos resultados das intervenções devem ser cuidadosamente definidos.

Sendo a autogestão da doença um processo dinâmico e complexo (Barlow *et al.*, 2002; McCorkle *et al.*, 2011; Lorig, 2001 cit. por Koller *et al.*, 2012;), o **tempo** em que cada intervenção é desenvolvida, o **número de contactos** com os participantes e os momentos de avaliação dos resultados devem ser fatores que merecem atenção no planeamento de intervenções destinadas à mudança de comportamentos e à aquisição de habilidades e estratégias promotoras da autogestão da doença.

Verificou-se que a maioria dos estudos incluídos nesta revisão demonstrou que as intervenções implementadas promovem a autogestão da doença oncológica, no entanto, há a considerar as limitações dos estudos analisados.

Uma limitação transversal a todos os estudos é relativa à representatividade da amostra, que como foi já descrito, em alguns estudos não foi sequer mencionada. Um dos fatores que poderá ter contribuído para este facto foi que, apesar de em alguns estudos existir uma distribuição aleatória dos participantes pelos grupos, a seleção da população não foi aleatória, o que é provável, dadas as limitações inerentes à constituição de amostras clínicas. Outro fator que influenciou a representatividade das amostras dos estudos selecionados foi o seu tamanho, que em alguns estudos, foi pequeno. Na verdade, em amostras pequenas, a probabilidade de existirem erros do tipo II é maior, ou seja, os investigadores correm o risco de colher dados que não sustentarão as hipóteses do estudo, ainda que essas sejam verdadeiras (Polit, Beck e Hungler, 2004). Por esta razão, há impossibilidade de generalizar os resultados. Alguns dos estudos incluídos (Estudos 1, 2, 3, 6, 10) referem que os resultados não podem ser generalizados, enquanto outros não fazem qualquer referência a este tópico.

Em resposta à questão de investigação desta revisão sistemática, ficou clara a atenção que os enfermeiros devem prestar ao autocuidado e à autogestão da

doença. Portanto, deverão ser particularmente capazes de apoiar as pessoas através de programas que minimizem o impacto do cancro na vida diária dos doentes e que os capacitem para autogerir a doença, e as suas implicações. Os programas deverão abordar aspetos fulcrais que desenvolvam, numa atitude de parceria e empatia, o potencial do doente oncológico para se autocuidar e gerir a doença, de tal modo que consiga gerir os sintomas, efeitos adversos dos tratamentos e o seu impacto nas atividades de vida diária.

É, no entanto, de ressaltar que todas as intervenções de enfermagem com vista à promoção da autogestão da doença oncológica deverão ser previamente testadas e comprovadas na população onde se pretendam implementar, no sentido de comprovar a total eficácia destas intervenções nesses contextos. Este aspeto é, aliás, também referido por outros autores, nomeadamente por Koller e colaboradores (2012), que numa revisão sistemática da literatura desenvolvida com o propósito de descrever a estrutura, o conteúdo e a eficácia das intervenções destinadas a promover a autogestão da dor oncológica, também identificam a necessidade de clarificar melhor os benefícios destas intervenções. Do mesmo modo, na revisão sistemática conduzida por Coster e Norman (2009) se verificou que a criação de intervenções desenhadas para promover o conhecimento dos doentes crónicos acerca da sua condição clínica e as capacidades para gerir a doença e as atividades de vida diária, podem resultar em benefícios na componente física e psicológica dos doentes e, em alguns casos, reduzir o consumo de serviços de saúde. Segundo estes autores, embora seja reconhecido o papel do enfermeiro no desenvolvimento de intervenções neste âmbito, principalmente destinadas a doentes com asma, epilepsia e diabetes, ainda seria necessário explorar melhor o verdadeiro potencial de tais intervenções em doentes com outro tipo de condição clínica.

Realmente, o suporte social formal, desenvolvido pelas equipas de enfermagem, tem um papel importante na promoção da autogestão da doença crónica, verificando-se vários benefícios decorrentes da implementação de programas de intervenção focados na autogestão da doença oncológica. Não obstante, ainda é necessária mais investigação científica para compreender o papel que os enfermeiros poderão desenvolver na implementação destes programas, assim como o verdadeiro impacto que estas intervenções podem ter na autogestão da doença oncológica.

CONCLUSÕES

Com o aumento exponencial de doenças crónicas, como por exemplo a doença oncológica, surgiram novas necessidades nos cuidados de saúde. Tornou-se assim urgente a transição de um paradigma biomédico, essencialmente focalizado no diagnóstico e tratamento da doença, para um modelo mais centrado na compreensão dos processos de saúde/doença facilitando e ajudando os doentes a gerir a própria doença. Isto levou à necessidade de desenvolver estratégias cada vez mais eficazes para promover e garantir a adaptação da pessoa à doença e às implicações que estas possam ter na sua qualidade de vida.

Serão, agora, retiradas as considerações finais deste processo de investigação, começando por fazer-se uma síntese sobre as principais conclusões desta revisão, seguidas das limitações do estudo e, finalmente, num terceiro momento, as implicações deste estudo para a prática clínica e investigação futura.

Demonstrou-se, assim, existir evidência de que o suporte social pode facilitar o processo de autogestão da doença oncológica. Existem ainda resultados que demonstram que os programas e intervenções, desenvolvidos por enfermeiros ou equipas de enfermagem, têm um impacto positivo na promoção da autogestão da doença oncológica.

Os enfermeiros deverão ser capazes de construir intervenções consistentes e direcionadas às necessidades do doente, capacitando-o e apoiando-o no seu processo de autogestão. Estas intervenções dever-se-ão apoiar num construto teórico sólido e realizadas com objetivos claramente definidos. Quanto ao conteúdo das intervenções, este deverá, à semelhança de uma parte dos estudos analisados, ser discutido por um grupo de peritos e validado em consenso, procurando que o mesmo seja abrangente, mas ao mesmo tempo adequado à disponibilidade dos participantes, a fim de evitar que estes abandonem o programa. O tipo de contacto e

os materiais utilizados deverão igualmente responder às preferências e necessidades dos indivíduos. Não existindo evidência sobre a associação entre a duração da intervenção e os resultados finais dos programas de autogestão da doença crónica, a duração da intervenção deverá ser ponderada e, até mesmo, repensada ao longo da implementação da intervenção, em função dos objetivos e resultados esperados.

Importa registar algumas limitações desta revisão sistemática. Em primeiro lugar, a frase *booleana* foi composta maioritariamente por termos indexados nas bases de dados, como foi o caso dos *CINHAL Headings* e dos *Mesh Terms*, agregados à ferramenta “*MH Exact Subject Heading*” do motor de busca EBSCO *host web*. A construção desta frase com outras palavras-chave, que não propriamente aquelas que estão indexadas às bases de dados, poderia ter facilitado a pesquisa, podendo dar acesso a outros estudos para análise. Em segundo lugar, a opção de analisar apenas estudos quantitativos implicou a rejeição de estudos, que, provavelmente, poderiam contribuir para dar resposta à questão de investigação. Em terceiro lugar, pelo facto de terem sido incluídos apenas 10 estudos, e pela própria variabilidade das intervenções, associada à diferente natureza das condições clínicas e tratamentos dos participantes, não foi possível realizar metanálise.

Este estudo é importante para a prática clínica dado que alerta os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, para uma área de grande importância para a pessoa com doença oncológica, na qual ainda é necessária mais investigação.

Programas em que as pessoas possam retirar dúvidas, consolidar o conhecimento sobre a doença, tratamentos e efeitos adversos, assim como desenvolverem capacidades para lidar com as limitações e/ou adversidades da doença oncológica são, sem dúvida, um caminho que os enfermeiros deverão percorrer. O recurso a materiais didáticos (vídeos, e outros) e plataformas interativas são estratégias que poderão facilitar o papel do enfermeiro.

Parece evidente que as futuras abordagens dos enfermeiros, centradas na promoção da autogestão da doença crónica, passem pela mudança no paradigma dos cuidados e por estratégias de “*health coaching*”, focadas no suporte social ao doente crónico a fim de promover a aquisição de conhecimentos e capacidades que facilitem a autoeficácia, a motivação, a mudança de estilos de vida e, evidentemente, a mudança de comportamentos de autocuidado.

Estas estratégias de “*health coaching*” centram a sua atenção no doente através de apoio, aconselhamento e educação sobre condições clínicas específicas

ou gerais, tendo em vista a gestão da doença, a readaptação e a mudança dos estilos de vida (Gale e Skouteris, 2013). Implica, por isso, um papel mais ativo e um método individualizado e colaborativo do profissional de saúde para apoiar os indivíduos na mudança de comportamentos.

Torna-se igualmente urgente uma mudança no sistema de saúde, como se verifica nas conclusões de Holman e Lorig (2004) que apontam diversos requisitos para um sistema de saúde eficiente: (1) criação de programas destinados a doentes com doença crónica; (2) adequada formação académica dos profissionais de saúde; (3) continuidade de cuidados através da utilização de recursos como contactos telefónicos, eletrónicos e sistemas de registo eletrónicos; (4) criação de órgãos administrativos. Se o sistema de saúde criar órgãos administrativos que se responsabilizem por dinamizar, facilitar e incentivar a criação de programas de autogestão, por profissionais de saúde com formação académica adequada, certamente que surgirão ganhos em saúde para as pessoas e, possivelmente, a longo prazo, ganhos para o próprio sistema de saúde.

Como sugestão para investigações futuras, seria importante realizar uma revisão integrativa sobre esta mesma temática, não só através de bases de dados, mas também através de literatura cinzenta (por exemplo: teses de mestrado e doutoramento), pois podem surgir questões apenas identificadas por estudos de abordagem qualitativa, frequentemente associados a um paradigma interpretativo.

Seria, do mesmo modo, essencial desenvolver mais ensaios clínicos aleatórios, reunindo amostras com características homogéneas e em número suficiente para detetar especificamente o impacto do suporte social formal, desenvolvido pelo enfermeiro, na autogestão da doença oncológica. De salientar ainda que as intervenções deveriam ser implementadas num espaço de tempo apropriado e em sessões suficientemente adequadas para que se possam mensurar os efeitos reais do suporte social formal, num processo tão complexo, como é a autogestão da doença oncológica.

De modo a identificar o melhor tipo de intervenção e a melhor forma de implementação, seria relevante efetuar uma análise do custo-benefício das diferentes intervenções, comparando os métodos de abordagem (por exemplo, contacto face-a-face, contacto telefónico, plataformas interativas), os recursos materiais (por exemplo, material escrito, materiais audiovisuais) e a intervenção promotora da autogestão da doença oncológica, na sua globalidade, com as abordagens tradicionais que se direcionem também para a promoção da autogestão da doença crónica.

Tendo em conta as afirmações de Nolte e Osborne (2013), quando referem que a atual avaliação dos programas pode não ser suficiente para validar o verdadeiro impacto dos programas de autogestão da doença crónica, nos próximos estudos deveria existir uma seleção cuidadosa e uma maior uniformidade nos indicadores utilizados. Para além disto, os momentos de avaliação dos resultados deverão ser cuidadosamente definidos e dever-se-á utilizar escalas com elevados níveis de fidelidade e validade e, se necessário, medidas subjetivas que aumentem a fiabilidade do indicador utilizado (Du e Yuan, 2010; Gao e Yuan, 2011). Assim, possivelmente, a determinação da eficácia dos programas destinados à autogestão da doença crónica será feita com maior exatidão.

Relativamente aos contributos para a investigação futura nesta área, importa destacar que a avaliação da qualidade metodológica dos estudos foi um processo moroso e particularmente difícil dada a variabilidade e complexidade das metodologias existentes em cada estudo. Contudo, veio a contribuir, em muito, para a interpretação rigorosa dos resultados dos estudos incluídos nesta revisão sistemática. A escassez de instrumentos de avaliação metodológica válidos e adequados levou, por sua vez, à necessidade de construir uma versão adaptada a partir de outros dois instrumentos, o que veio, posteriormente, a constituir-se numa mais-valia não só para esta investigação como para futuras revisões sistemáticas.

Em síntese, o suporte social representa uma área importante que os enfermeiros deverão ter em conta quando prestam cuidados a doentes que atravessam um momento tão difícil, como é o caso da doença oncológica. Os enfermeiros têm desempenhado um papel ativo na educação para a saúde, no aconselhamento e na promoção dos comportamentos de saúde, pelo que estão em excelente posição para assumir um papel de liderança no planeamento e implementação de intervenções focadas na promoção da autogestão na doença crónica e, especificamente, na doença oncológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Maria Celeste – **Motivação e comportamentos de saúde, relação com a qualidade de vida, em adultos da comunidade**. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, 2013. Tese de Doutoramento.

ARORA, N. [et al.] – Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. [Em linha]. **Psycho-Oncology**. Vol. 16, n.º 5, (2007), p. 474-486. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16986172&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

BADGER, T. [et al.] – Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners. [Em linha]. **Nursing Research**. Vol. 56, n.º 1, (2007), p. 44-53. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009372301&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

BANDURA, A. – Social Cognitive Theory of Self-Regulation [Em linha]. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**. Vol. 50, (1991), p. 248-287. [Consult. 10 Fev. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1991OBHDP.pdf>>.

BARLOW, J.; TURNER, A.; WRIGHT, C. – A randomized controlled study of the Arthritis Self-Management Programme in the UK. [Em linha]. **Health Education Research**. Vol. 15, n.º 6, (2000), p. 665-80. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11142075>>.

BARLOW, J. [et al.] – Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. [Em linha]. **Patient Education and Counseling**. Vol. 48, n.º 2, (2002), p. 177-87. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12401421>>.

BECKER, H.; KANG, S. – Health Promotion Among Older Cancer Survivors With Prior Disabling Conditions. [Em linha]. **Journal of Gerontological Nursing**. Vol. 38, n.º 7, (2012), p. 38-43. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011603249&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

BETTANY-SALTIKOV, J. – **How to Do a Systematic Literature Review in Nursing: A Step-By-Step Guide**. Nova Iorque: Open University Press, 2012.

BYMA, E. [et al.] – The effects of mastery on pain and fatigue resolution. [Em linha]. **Oncology Nursing Forum**. Vol. 36, n.º 5, (2009), p. 544-552. [Consult. 10 Nov. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19726394&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

BODENHEIMER, T. [et al.] – Patient self-management of chronic disease in primary care. **Journal of the American Medical Association**. Vol. 288, n.º 19, (2002), p. 2469-2475. [Consult. 20 Fev. 2013]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12435261>>.

BOREN, S. [et al.] – Heart failure self-management education: a systematic review of the evidence. **Int J Evid Based Healthc**. Vol. 7, n.º 3, (2009), p. 159-68. Disponível em WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=86e2a052-351b-475f-b185-3fccd57d9415%40sessionmgr4004&hid=4104>>.

BUTTERWORTH, S.; LINDEN, A.; MCCLAY, W. – Health Coaching as an Intervention in Health Management Programs. [Em linha]. **Dis Manage Health Outcomes**. Vol. 15, n.º 5, (2007), p. 299-307. [Consult. 1 Set. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=0bbc5d05-9fc0-4f5b-b5ac-f83fcc11562f%40sessionmgr110&hid=128>>.

CALDWELL, K.; HENSHAW, L.; TAYLOR, G. – Developing a framework for critiquing health research. [Em linha]. **Journal of Health, Social and Environmental Issues**. Vol. 6, n.º 1, (2005), p. 45-54. [Consult. 10 Nov. 2012]. Disponível em WWW: <URL: https://eprints.mdx.ac.uk/2981/1/Developing_a_framework_for_critiquing_health_research.pdf>.

CALDWELL, K.; HENSHAW, L.; TAYLOR, G. – Developing a framework for critiquing health research: an early evaluation. [Em linha]. **Nurse Education Today**. Vol. 31, n.º 8, (2011), p. E1-E7. [Consult. 10 Nov. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21185111>>.

CLAYTON, M.; MISHEL, H.; BELYEA, M. – Testing a model of symptoms, communication, uncertainty, and well-being, in older breast cancer survivors. [Em linha]. **Research in Nursing & Health**. Vol. 29, n.º 1, (2006), p. 18-39. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16404732&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION – **Systematic Reviews CRD's guidance for undertaking reviews in health care**. [Em linha]. York: University of York, 2008. [Consult. 10 Mai. 2013]. Disponível em WWW: <URL: http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/Systematic_Reviews.pdf>.

CHAPLIN, H.; HAZAN, J.; WILSON, P. – Self-management for people with long-term neurological conditions. **Br J Community Nurs**. Vol. 17, n.º 6, (2012), p. 250-4, 256-7. Disponível em WWW: <

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=86e2a052-351b-475f-b185-3fccd57d9415%40sessionmgr4004&hid=4104>>.

CHO, O.; YOO, Y.; KIM, N. – Efficacy of comprehensive group rehabilitation for women with early breast cancer in South Korea. [Em linha]. **Nursing & Health Sciences**. Vol. 8, n.º 3, (2006), p. 140-146. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16911173&lang=pt-br&site=ehost-live>>. 1441-0745

CHOU, P.; LIN, C. – A pain education programme to improve patient satisfaction with cancer pain management: a randomised control trial. [Em linha]. **Journal of Clinical Nursing**. Vol. 20, n.º 13/14, (2011), p. 1858-1869. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011165521&lang=pt-br&site=ehost-live>>. 0962-1067

COLEMAN, E. [et al.] – The effect of telephone social support and education on adaptation to breast cancer during the year following diagnosis. [Em linha]. **Oncology Nursing Forum**. Vol. 32, n.º 4, (2005), p. 822-9. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=accafc67-01a3-4dcf-9cea-9101fb81c71b%40sessionmgr104&hid=125>>.

COMPACI, G. [et al.] – Effectiveness of telephone support during chemotherapy in patients with diffuse large B cell lymphoma: The Ambulatory Medical Assistance (AMA) experience. [Em linha]. **International Journal of Nursing Studies**. Vol. 48, n.º 8, (2011), p. 926-932. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011218777&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

COONS, S. [et al.] – A comparative review of generic quality-of-life instruments [Em linha]. **Pharmacoeconomics**. Vol. 17, n.º 1, (2000), p. 13-35. [Consult. 3 Jan. 2013]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10747763>>.

COSTER, S.; NORMAN, I. – Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: a review. [Em linha]. **International Journal of Nursing Studies**. Vol. 46, n.º 4, (2009), p. 508-28. [Consult. 1 Dez. 2013]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19012889>>.

CLARKE, D.; CURRIE, K. – Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. **Medical Journal of Australia**. Vol. 190, n.º 7, p. S54-60. Disponível em WWW: <https://www.mja.com.au/system/files/issues/190_07_060409/cla10974_fm.pdf>.

CROGAN, N. L.; EVANS, B. C.; BENDEL, R. – Storytelling intervention for patients with cancer: part 2 - pilot testing. [Em linha]. **Oncology Nursing Forum**. Vol. 35, n.º 2, (2008), p. 265-272. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009860127&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

CRUICKSHANK, S. [et al.] – Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer. [Em linha]. **Cochrane Database Systematic Reviews**.

N.º 1, (2008), p. 1-39. [Consult. 1 Dez. 2013]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18254086>>.

DEPARTAMENTO DE SAÚDE – **Self care - the patient's perspective** [Em linha]. Londres: Departamento de Saúde, s.d. [Consult. 3 Jan. 2013]. Disponível em WWW: < URL: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/browsable/dh_5711554.>

DEPARTAMENTO DE SAÚDE – **The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century** [Em linha]. Londres: Departamento de Saúde, 2001. [Consult. 8 Nov. 2012]. Disponível em WWW: < URL: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4018578.pdf>.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Carta dos Direitos do Doente Internado** [Em linha]. Lisboa: Direção Geral de Saúde, s.d. [Consult. 3 Jan. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>>.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Plano Nacional de Saúde 2012-2016** [Em linha]. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2012. [Consult. 3 Jan. 2013]. Disponível em WWW: < URL: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_3_1_Cidadania_em_Sa%C3%BAde_2013_01_17_.pdf>.

DU, S.; YUAN, C. – Evaluation of patient self-management outcomes in health care: a systematic review. [Em linha]. **International Council of Nurses**. Vol. 57, n.º 2, (2010), p. 159-167. [Consult. 1 Fev. 2013]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20579149>>.

FERLAY, J [et al.] – GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Em linha]. França: Agência Internacional para a Investigação sobre o Cancro, 2013. Disponível em WWW: <http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx>.

FLECK, M [et al.] – **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FONTES, C.; ALVIM, N. – The importance of the nurse's interaction with oncological patients facing the impact of the diagnosis [Portuguese]. [Em linha]. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Vol. 7, n.º 3, (2008), p. 346-354. [Consult. 10 Jun. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010267600&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

FOSTER, C. [et al.] – The NCRI cancer experiences collaborative: defining self management. [Em linha]. **European Oncology Nursing Society**. Vol. 11, n.º 4, (2007), p. 295–297. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: http://ac.els-cdn.com/S1462388907001007/1-s2.0-S1462388907001007-main.pdf?_tid=7200e416-14da-11e3-8b95-00000aab0f6c&acdnat=1378241600_2a78877b7f9697d8f7f712df3407aeaa>.

GALE, J.; SKOUTERIS, H. – Health Coaching: Facilitating Health Behaviour Change for Chronic Condition Prevention and Self-Management. In. CALTABIANO, M.; RICCIARDELLI, L. – **Applied Topics in Health Psychology**. Malásia: John Wiley & Sons, Ltd., 2013.

GAO, W. J.; YUAN, C. R. – Self-management programme for cancer patients: a literature review. [Em linha]. **International Council of Nurses**. Vol. 58, n.º 3, (2011), p. 288-295. [Consult. 10 Nov. 2013]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21848773>>.

GIBSON, P. [et al.] – Limited (information only) patient education programs for adults with asthma. **Cochrane Database Syst Rev**. n.º 2, (2002), p. CD001005. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12076400>>.

GODINO, C. [et al.] – Nursing education as an intervention to decrease fatigue perception in oncology patients. [Em linha]. **European Journal Of Oncology Nursing: The Official Journal Of European Oncology Nursing Society**. Vol. 10, n.º 2, (2006), p. 150-155. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16618589&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

GOMES, M.; RIBEIRO, J. – Relação entre o auto-conceito e bem-estar subjectivo em doentes cardíacos do sexo masculino sujeitos a cirurgia de bypass aorto-coronário. [Em linha]. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Vol.2, n.º1, (2001), p. 35-45. [Consult. 5 Fev. 2013]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v2n1/v2n1a03.pdf>>.

GORDON, A. N. [et al.] – Recurrent epithelial ovarian carcinoma: a randomized phase III study of pegylated liposomal doxorubicin versus topotecan. [Em linha]. **J Clin Oncol**. Vol. 19, n.º 14, (2001), p. 3312-3322. [Consult. 10 Ago. 2013]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11454878>>.

GREEN, S. [et al.] – Introduction. In. Higgins, J.; Green, S. – **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions - version 5.1.0 [updated March 2011]**. [Em linha]. The Cochrane Collaboration, 2011. Chapter 1. [Consult. 10 Fev. 2013]. Disponível em WWW:<URL: <http://handbook.cochrane.org/>>.

GRENIER, N. [et al.] – Effectiveness of a nursing support program for patients with recurrent ovarian cancer receiving pegylated liposomal doxorubicin (CAELYX/DOXIL). [Em linha]. **Canadian Oncology Nursing Journal**. Vol. 17, n.º 3, (2007), p. 133-140. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009814980&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

GUSTAFSON, D. [et al.] – Effect of computer support on younger women with breast cancer. [Em linha]. **Journal of General Internal Medicine**. Vol. 16, n.º 7, (2001), p. 435-45. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=accafc67-01a3-4dcf-9cea-9101fb81c71b%40sessionmgr104&hid=125>>.

HALKETT, G. [et al.] – The role of the breast care nurse during treatment for early breast cancer: the patient's perspective. [Em linha]. **Contemporary Nurse**. Vol. 23, n.º 1, (2006), p. 46-57. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17083319&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

HARDEN, J. [et al.] – Factors associated with prostate cancer patients' and their spouses' satisfaction with a family-based intervention. [Em linha]. **Cancer Nursing**. Vol. 32, n.º 6, (2009), p. 482-492. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: <URL:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19816159&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

HELGESON, V. – Social support and quality of life. [Em linha]. **Quality of Life Research**. Vol. 12, (2003), p. 25-31. [Consult. 10 Nov. 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://link.springer.com/content/pdf/10.1023%2FA%3A1023509117524.pdf>>.

HIGGINS, J.; DEEKS, J. – Selecting studies and collecting data. In. HIGGINS, J.; GREEN, S. – **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions - version 5.1.0 [updated March 2011]**. [Em linha]. The Cochrane Collaboration, 2011. Chapter 7. [Consult. 10 Fev. 2013]. Disponível em WWW:<URL: <http://handbook.cochrane.org/>>.

HIGGINS J.; GREEN S. – **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]**. [Em linha]. The Cochrane Collaboration, 2011. [Consult. 10 Fev. 2013]. Disponível em WWW:<URL: <http://handbook.cochrane.org/>>.

HOLMAN, H.; LORIG, K. – Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. **Public Health Reports**. Vol. 119, n.º 3, (2004), p. 239-243. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15158102>>.

HSU, H. [et al.] – Predictors of exercise frequency in breast cancer survivors in Taiwan. [Em linha]. **Journal Of Clinical Nursing**. Vol. 20, n.º 13-14, (2011), p. 1923-1935. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21615573&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

IARC (AGÊNCIA INTERNACIONAL PARA A INVESTIGAÇÃO SOBRE O CANCRO) - GLOBOCAN 2008: FAST STATS WORLD. IARC [Em linha]. 2012. [Consult. 10 Nov 2012]. Disponível na internet: <URL: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900>>.

ICBAS (INSTITUTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR) – **Intervenção Psicoeducativa** [Em linha]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, s.d.. [Consult. 5 Jan. 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.icbas.up.pt/ca50mais/index.php/intervencao-psicoeducativa>>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – **CIPE® Versão 2-Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Genebra: ICN, 2011.

JANG, Y.; YOO, H. – Self-management programs based on the social cognitive theory for Koreans with chronic disease: a systematic review. [Em linha]. **Contemporary Nurse**. Vol. 40, n.º 2, (2012), p. 147-59. [Consult. 1 Dez. 2013]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22554209>>.

JONES, F.; RIAZI, A. – Self-efficacy and self-management after stroke: a systematic review. **Disabil Rehabil.** Vol. 33, n.º 10, (2011), p. 797-810. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20795919>>.

KHAN, K. [et al.] – **Systematic reviews to support evidence-based medicine: How to review and apply findings of healthcare research.** [Em linha]. 2ª Ed. Londres: Hodder Arnold, 2003. [Consult. 20 Dez. 2012]. Disponível em WWW: < URL: [http://sgh.org.sa/Portals/0/Articles/Systematic%20reviews%20to%20support%20evidence-based%20medicine%20\(2nd%20edition\).pdf](http://sgh.org.sa/Portals/0/Articles/Systematic%20reviews%20to%20support%20evidence-based%20medicine%20(2nd%20edition).pdf)>.

KOK, P. [et al.] – A systematic review of the effects of e-health on chronically ill patients. **Journal of Clinical Nursing.** Vol. 20, n.º 21-22, (2011), p. 2997-3010. Disponível em WWW: < <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=20&sid=86e2a052-351b-475f-b185-3fccd57d9415%40sessionmgr4004&hid=4104>>.

KORSTJENS, I. – Effects of cancer rehabilitation on problem-solving, anxiety and depression: A RCT comparing physical and cognitive-behavioural training versus physical training. [Em linha]. **Psychology & Health.** Vol. 26, (2011), p. 63-82. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011209648&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

KUCZYNSKI, K. – Life-threatening illness and the nature of social support: brief research report. [Em linha]. **Journal Of Psychosocial Oncology.** Vol. 26, n.º 3, (2008), p. 113-123. [Consult. 10 Nov. 2012]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19042268&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

KOLLER, A. [et al.] – A systematic evaluation of content, structure, and efficacy of interventions to improve patients' self-management of cancer pain. [Em linha]. **Journal of Pain and Symptom Management.** Vol. 44, n.º 2, (2012), p. 264-84. [Consult. 5 Jan. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22871509>>.

LAW, M. [et al.] – **Critical Review Form - Quantitative Studies.** [Em linha]. Hamilton: McMaster University, 1998. [Consult. 20 Jan. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quantreview.pdf>>.

LETTS, L. [et al.] – **Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0).** [Em linha]. Hamilton: McMaster University, 2007. [Consult. 20 Jan. 2013]. Disponível em WWW: < URL: http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualreview_version2.0.pdf>.

LEVINS, J.; JACOBS, S. – Developing and Evaluating Clinical Practice Guidelines: A Systematic Approach. In BOLTZ, M. [et al.] – **Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice.** [Em linha]. 3ª Ed. Nova Iorque: Springer Publishing Company, 2012. [Consult. 10 Jan. 2013]. Disponível em WWW: < URL: http://www.springerpub.com/samples/9780826171283_chapter.pdf>.

LIEN, C. [et al.] – Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery. [Em linha]. **Journal Of Clinical Nursing.** Vol. 18, n.º 16, (2009), p. 2311-2319. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19207802&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

LORIG, K. [et al.] – Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. [Em linha]. **Medical Care**. Vol. 39, n.º 11, (2001), p. 1217-1223. [Consult. 5 Fev. 2013]. Disponível em WWW: <<http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura2001MC.pdf>>.

LORIG, K.; HOLMAN, H. – Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. [Em linha]. **Annals of Behavioral Medicine**. Vol. 26, n.º 1, (2003), p. 1-7. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12867348>>.

MALONE, P. – Implementation of a prechemotherapy educational intervention. [Em linha]. **Clinical Journal Of Oncology Nursing**. Vol. 11, n.º 5, (2007), p. 707-710. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17962178&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

MÅRTENSSON, G.; CARLSSON, M.; LAMPIC, C. – Do oncology nurses provide more care to patients with high levels of emotional distress? [Em linha]. **Oncology Nursing Forum**. Vol. 37, n.º 1, (2010), p. E34-E42. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20044330&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

MATTSON, M.; HALL, J. – **Linking health communication with... Social Support. In Health as Communication Nexus: A Service-Learning Approach**. [Em linha]. Dubuque, Kendall Hunt, 2011. [Consult. 5 Jan. 2013]. Disponível em WWW: < URL: http://www.kendallhunt.com/uploadedFiles/Kendall_Hunt/Content/Higher_Education/Uploads/Mattson_Ch6.pdf>.

MCCORKLE, R. [et al.] – Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. [Em linha]. **CA A Cancer Journal for Clinicians**. Vol. 61, n.º 1, (2011), p. 50-62. [Consult. 5 Jan. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21205833>>.

MCKENZIE, H. [et al.] – A sense of security for cancer patients at home: the role of community nurses. [Em linha]. **Health & Social Care in the Community**. Vol. 15, n.º 4, (2007), p. 352-359. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009608002&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

MURRAY E. [et al.] – Interactive health communication applications for people with chronic disease (review) [Em linha]. **The Cochrane Collaboration**. (2009), p. 1-78. [Consult. 10 Jan. 2014]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16235356>>.

NEWMAN, S.; STEED, L.; MULLIGAN, K. – Self-management interventions for chronic illness. [Em linha]. **Lancet**. Vol. 364, n.º 9444, (2004), p. 1523-37. [Consult. 5 Jan. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15500899>>.

NOLTE, S. [et al.] – Measurement issues in the evaluation of chronic disease self-management programs. [Em linha]. **Qual Life Res.** Vol. 22, n.º 7, (2013), p. 1655-1664. [Consult. 5 Jan. 2013]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23161330>>.

NOLTE, S.; OSBORNE, R. H. – A systematic review of outcomes of chronic disease self-management interventions. [Em linha]. **Qual Life Res.** Vol. 22, n.º 7, (2013), p. 1805-1816. [Consult. 5 Jan. 2013]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23111571>>.

O'CONNOR, D.; GREEN, S.; HIGGINS, J. – Defining the review question and developing criteria for including studies. In: HIGGINS, J.; GREEN, S. – **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions - version 5.1.0 [updated March 2011]**. [Em linha]. The Cochrane Collaboration, 2011. Chapter 5. [Consult. 10 Fev. 2013]. Disponível em WWW:<[URL: http://handbook.cochrane.org/](http://handbook.cochrane.org/)>.

OH, P.; KIM, S. – Effects of a brief psychosocial intervention in patients with cancer receiving adjuvant therapy. [Em linha]. **Oncology Nursing Forum.** Vol. 37, n.º 2, (2010), p. E98-E104. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < [URL: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20189916&lang=pt-br&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20189916&lang=pt-br&site=ehost-live)>.

OLIVO, S. [et al.] – *Scales to assess the quality of randomized controlled trials: a systematic review.* [Em linha]. **Physical Therapy.** Vol. 88, n.º 2, (2008), p. 156-75. [Consult. 15 Jul. 2013]. Disponível em WWW: < [URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18073267](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18073267)>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Chronic diseases** [Em linha]. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2012. [Consult. 10 Nov. 2012]. Disponível em WWW: <[URL: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/)>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Constitution of the World Health Organization.** Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1946. [Consult. 27 Jan 2013]. Disponível na internet: <[URL: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1)>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **NCD Country Profiles: Portugal.** [Em linha]. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2011. [Consult. 10 Nov 2012]. Disponível na internet: <[URL: http://www.who.int/nmh/countries/prt_en.pdf](http://www.who.int/nmh/countries/prt_en.pdf)>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Health Promotion Glossary** [Em linha]. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1998. [Consult. 3 Jan. 2013]. Disponível em WWW: <[URL: http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf)>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Health education in self-care : possibilities and limitations.** Geneva: Organização Mundial de Saúde, 1984. [Consult. 3 Jan. 2013]. Disponível em WWW: <[URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70092/1/HED_84.1.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70092/1/HED_84.1.pdf)>.

OZDILLI, J.; WILKINSON, A.; FREW, G. – Improving patient outcomes following a cancer diagnosis. [Em linha]. **British Journal of Community Nursing.** Vol. 18, n.º 7, (2013), p. 318 - 321. [Consult. 1 Jun. 2013]. Disponível em WWW: < [URL: http://www.bjcn.co.uk/](http://www.bjcn.co.uk/)>.

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=38d380da-ea04-4c67-ab4c-ab86a3a9f443%40sessionmgr12&hid=24>>.

PALMER, S.; TUBBS, I.; WHYBROW, A. – Health coaching to facilitate the promotion of healthy behaviour and achievement of health-related goals. [Em linha]. **International Journal of Health Promotion & Education**. Vol. 41, n.º 3, (2003), p. 91–93. [Consult. 1 Set. 2013]. Disponível em WWW: < URL: [https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F224293868_Palmer_S._Tubbs_I._and_Whybrow_W._\(2003\).Health_coaching_to_facilitate_the_promotion_of_healthy_behaviour_and_achievement_of_health-related_goals._International_Journal_of_Health_Promotion_and_Education_41_3_91-93%2Ffile%2Fd922b4f8fce7fb36b8.pdf&ei=7Jo0UqerBImg7AaF4IGICQ&usg=AFQjCNGxCXkd2K0qXRzaUrqwokTp95V1oZQ&sig2=i_ACSY9bzbJhHYIZWhv1JQ&bvm=bv.52164340,d.ZGU](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F224293868_Palmer_S._Tubbs_I._and_Whybrow_W._(2003).Health_coaching_to_facilitate_the_promotion_of_healthy_behaviour_and_achievement_of_health-related_goals._International_Journal_of_Health_Promotion_and_Education_41_3_91-93%2Ffile%2Fd922b4f8fce7fb36b8.pdf&ei=7Jo0UqerBImg7AaF4IGICQ&usg=AFQjCNGxCXkd2K0qXRzaUrqwokTp95V1oZQ&sig2=i_ACSY9bzbJhHYIZWhv1JQ&bvm=bv.52164340,d.ZGU)>.

PINTO, C. – **Jovens e adultos sobreviventes de cancro: variáveis psicossociais associadas a optimização da saúde e qualidade de vida após o cancro**. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, 2008. Tese de Doutoramento.

POLIT, D.; BECK, C., HUNGLER, B. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª Ed. São Paulo: Artmed, 2004.

POTTER, P.; PERRY, A. – **Fundamentos de Enfermagem**. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

RADHAKRISHNAN, K. - The efficacy of tailored interventions for self-management outcomes of type 2 diabetes, hypertension or heart disease: a systematic review. [Em linha.] **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 68, n.º 3, (2011), p. 496-510. [Consult. 10 Nov. 2013]. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22010971>>.

RAMALHO, A. – **Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise: estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem**. Coimbra : Formasau, 2005.

RIBEIRO, J. – **A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde** [Em linha]. In: Cruz, J; Jesus, S; Nunes, C. – Bem-Estar e Qualidade de Vida, (2009), p.31-49. [Consult. 3 Jan. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/17785/2/57643.pdf>>.

RIBEIRO, J. – Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). [Em linha]. **Análise Psicológica**. Vol. 3, n.º 3, (1999), p. 547-558. [Consult. 10 Dez. 2012]. Disponível em WWW: < URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf>>.

ROSENZWEIG, M. [et al.] – The attitudes, communication, treatment, and support intervention to reduce breast cancer treatment disparity. [Em linha]. **Oncology Nursing Forum**. Vol. 38, n.º 1, (2011), p. 85-89. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21186164&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

ROSS, L. [et al.] – No effect on survival of home psychosocial intervention in a randomized study of Danish colorectal cancer patients. [Em linha]. **Psycho-Oncology**. Vol. 18, n.º 8, (2009), p. 875-885. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19137506&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

ROTEGÅRD, A. [et al.] – Cancer patients' experiences of their personal strengths through illness and recovery. [Em linha]. **Cancer Nursing**. Vol. 35, n.º 1, (2012), p. E8-E17. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21558850&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

RULAND, C. [et al.] – Effects of an internet support system to assist cancer patients in reducing symptom distress: a randomized controlled trial. [Em linha]. **Cancer Nursing**. Vol. 36, n.º 1, (2013), p. 6-17. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011886352&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

RUSTØEN, T. [et al.] – Nursing pain management - a qualitative interview study of patients with pain, hospitalized for cancer treatment. [Em linha]. **Pain Management Nursing**. Vol. 10, n.º 1, (2009), p. 48-55. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010221002&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

SANTOS, C.; PIMENTA, C.; NOBRE, M. – A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. [Em linha]. **Revista Latino-Americana**. Vol. 15, nº3, (2007), p. 508-511. [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em WWW: < URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf>.

SANTOS, C. – **Representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente oncológico e família**. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, 2003. Tese de Doutoramento.

SANTOS, C.; RIBEIRO, J.; LOPES, C. – Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. [Em linha]. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Vol. 4, n.º 2, (2003), p.185-204. [Consult. 15 Jan. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v4n2/v4n2a02.pdf> >.

SCHULMAN-GREEN, D. [et al.] – One Step at a Time: Self-Management and Transitions Among Women With Ovarian Cancer. [Em linha]. **Oncology Nursing Forum**. Vol. 39, n.º 4, (2012), p. 354-360. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011600115&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

SCHWARZER, R. [et al.] – Changes in finding benefit after cancer surgery and the prediction of well-being one year later. [Em linha]. **Social Science & Medicine**. Vol. 63, n.º 6, (2006), p. 1614-24. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16765495>>.

SILVA, I. [et al.] – Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. [Em linha]. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Vol.4, n.º 1, (2003), p. 21-32. [Consult. 10 Jun. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v4n1/v4n1a02.pdf>>.

SUSSMAN, J. [et al.] – The impact of specialized oncology nursing on patient supportive care outcomes. [Em linha]. **Journal Of Psychosocial Oncology**. Vol. 29, n.º 3, (2011), p. 286-307. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21590574&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

SUTHERLAND, G. [et al.] – How does a cancer education program impact on people with cancer and their family and friends? [Em linha]. **Journal of Cancer Education**. Vol. 23, n.º 2, (2008), p. 126-132. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009960680&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

STEPHENS, M. – Understanding the long-term challenges of cancer survivorship. [Em linha]. **Nurs Times**. Vol. 100, n.º 30, (2004), p. 30-31. [Consult. 20 Nov. 2012]. Disponível em WWW: < URL: <http://www.nursingtimes.net/Journals/2012/12/07/q/z/b/040727Understanding-the-long-term-challenges-of-cancer-survivorship.pdf>>.

STERMER, C. – Helping your patient after breast reconstruction. [Em linha]. **Nursing**. Vol. 38, n.º 8, (2008), p. 28-32. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009996011&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

STINSON, J. [et al.] – A systematic review of internet-based self-management interventions for youth with health conditions. **Journal of Pediatric Psychology**. Vol. 34, n.º 5, (2009), p. 495-510. Disponível em WWW: < URL: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/34/5/495.full.pdf+html>>.

SWENDEMAN, D.; INGRAM, B.; ROTHERAM-BORUS, M. – Common elements in self-management of HIV and other chronic illnesses: an integrative framework. **AIDS Care**. Vol. 21, n.º 10, (2009), p. 1321-34. Disponível em WWW: < URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2881847/pdf/nihms201918.pdf>>.

TATTERSALL, R. – The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century. [Em linha]. **Clinical Medicine**. Vol. 2, n.º 3, (2002), p. 227-9. [Consult. 13 Dez. 2012]. Disponível em WWW: < URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12108472>>.

TIMMINS, F.; MCCABE, C. – How to conduct an effective literature search. [Em linha]. **Nursing Standard**. Vol. 20, n.º 11, (2005), p. 41-47. [Consult. 5 Fev. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=accafc67-01a3-4dcf-9cea-9101fb81c71b%40sessionmgr104&hid=125>>.

WENZEL, L. [et al.] – Resilience, reflection, and residual stress in ovarian cancer survivorship: A gynecologic oncology group study. [Em linha]. **Psycho-Oncology**,

Vol. 11, n.º 2, (2002), p. 142-53. [Consult. 2 Dez. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11921330>>.

WEAVER, C. – Caring for a patient after mastectomy. [Em linha]. **Nursing**. Vol. 39, n.º 5, (2009), p. 44-48. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010276004&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

WILKINS, K.; WOODGATE, R. – Taking care of second cancer risk. [Em linha]. **Cancer Nursing**. Vol. 35, n.º 1, (2012), p. 55-62. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011427640&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

WONGHONGKUL, T. [et al.] – Effect of educative-supportive program on quality of life in breast cancer survivors. [Em linha]. **Thai Journal of Nursing Research**. Vol. 12, n.º 3, (2008), p. 179-193. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em WWW: < URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009998628&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

ZIGMOND, A.; SNAITH, R. – The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psiquiátrica Scandinavica**. Vol. 67, n.º 6, (1983), p. 361-370. [Consult. 10 Jan. 2014]. Disponível em WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&sid=e62930fd-4eb1-4f59-b5d8-a9ecf5c9df33%40sessionmgr114&hid=113&bdata=Jmxhbm9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=6880820>>.

ANEXOS

Anexo I – Construção das frases *booleanas* para as bases de dados seleccionadas

CONSTRUÇÃO DAS FRASES *BOOLEANAS* PARA AS BASES DE DADOS SELECIONADAS

CINHAL <i>Plus with Full Text</i>		
P (POPULAÇÃO)	I (INTERVENÇÃO)	O (OUTCOME/RESULTADO)
(MH "Cancer Patients") Usado para: Patients, Cancer; Oncology Patients; Cancer Patient; Patient, Cancer; Oncologic Patients; Oncologic Patient; Oncology Patient.	(MH "Support, Psychosocial") Usado para: Networking, Psychosocial; Psychosocial Support; Social Support; Support, Psychological; Networking, Psychological; Psychological Support; Encouragement.	(MH "Self Care") Usado para: Self Management.
OR	OR	OR
(MH "Cancer Survivors") Usado para: Survivors, Cancer; Cancer Survivor; Survivor Cancer.	(MH "Professional-Patient Relations") Usado para: Staff-Patient Relations; Patient- Professional Relations; Professional-Patient Relationships; Staff-Patient Relationships.	(MH "Self-Efficacy")
OR	OR	OR
(MH "Neoplasms") Usado para: Cancer; Tumors; Neoplasm; Tumor.	(MH "Nurse-Patient Relations") Usado para: Patient-Nurse Relations; Nurse-Patient Relationships.	(MH "Self Concept") Usado para: Self Esteem; Self Perception; Self Concepts; Self Perceptions.
	OR	OR
	(MH "Professional-Client Relations") Usado para: Therapist-Client Relations; Client- Professional Relations; Professional Client Relationships; Client-Therapist Relations.	(MH "Health Behavior") Usado para: Health Behaviour; Health Behaviors; Health Behaviours.
	OR	OR
	(MH "Nurses") Usado para: Nurse.	(MH "Patient Compliance+") Usado para: Compliance, Patient; Patient Cooperation; Regimen Adherence; Patient Non-Compliance; Patients: Compliance; Medication Compliance; Compliance, Medication; Drug Compliance; Patient Compliance, Drug Therapy; Medication Adherence; Medication Non- Compliance; Compliance to Drug Therapy; Drug Therapy Compliance; Adherence, Medication.
		OR
		(MH "Control (Psychology)")

		Usado para: Loss of Control; Perceived Control; Self Control; Control.		
		OR		
		(MH "Self Regulation") Usado para: Self Regulations.		
		OR		
		(MH "Attitude to Health") Usado para: Attitudes to Health; Health Attitude; Health Attitudes.		
		OR		
		(MH "Health Beliefs") Usado para: Beliefs, Health; Belief, Health; Health Belief.		
		OR		
		(MH "Attitude to Illness") Usado para: Attitude to Sickness; Attitudes to Illness; Attitude to Disease; Illness Attitude; Illness Attitudes; Disease Attitude; Disease Attitudes; Sickness Attitude; Sickness Attitudes; Illness Beliefs.		
		OR		
		(MH "Patient Autonomy") Usado para: Autonomy, Patient; Patient Self-Determination.		
(MH "Cancer Patients") OR (MH "Cancer Survivors") OR (MH "Neoplasms")	AND	(MH "Support, Psychosocial") OR (MH "Professional-Patient Relations") OR (MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "Professional-Client Relations") OR (MH "Nurses")	AND	(MH "Self Care") OR (MH "Self-Efficacy") OR (MH "Self Concept") OR (MH "Health Behavior") OR (MH "Patient Compliance+") OR (MH "Control (Psychology)") OR (MH "Self Regulation") OR (MH "Attitude to Health") OR (MH "Health Beliefs") OR (MH "Attitude to Illness") OR (MH "Patient Autonomy")
RESULTADO: ((MH "Cancer Patients") OR (MH "Cancer Survivors") OR (MH "Neoplasms")) AND ((MH "Support, Psychosocial") OR (MH "Professional-Patient Relations") OR (MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "Professional-Client Relations") OR (MH "Nurses")) AND ((MH "Self Care") OR (MH "Self-Efficacy") OR (MH "Self Concept") OR (MH "Health Behavior") OR (MH "Patient Compliance+") OR (MH "Control (Psychology)") OR (MH "Self Regulation") OR (MH "Attitude to Health") OR (MH "Health Beliefs") OR (MH "Attitude to Illness") OR (MH "Patient Autonomy"))				

MEDLINE with Full Text		
P (POPULAÇÃO)	I (INTERVENÇÃO)	O (OUTCOME/RESULTADO)
(MH "Neoplasms") Usado para: Cancer; Tumors; Benign Neoplasms; Neoplasia; Neoplasm; Neoplasms, Benign; Benign Neoplasm; Cancers; Neoplasm, Benign; Tumor.	(MH "Social Support") Usado para: Psychosocial Support Systems; Social Networks; Network, Social; Networks, Social; Psychosocial Support System; Social Network; Support System, Psychosocial; Support Systems, Psychosocial; Support, Social; System, Psychosocial Support; Systems, Psychosocial Support.	(MH "Self Care") Usado para: Self-Care; Self-Management; Care, Self; Self Management.
OR	OR	OR
("cancer patient**")	(MH "Nurse-Patient Relations") Usado para: Nurse Patient Relations; Nurse Patient Relationship; Nurse Patient Relationships; Nurse-Patient Relation; Patient Relations, Nurse; Patient Relationship, Nurse; Patient Relationships, Nurse; Relations, Nurse Patient; Relations, Nurse-Patient; Relationship, Nurse Patient; Relationships, Nurse Patient.	(MH "Illness Behavior") Usado para: Sickness Behavior; Behavior, Illness; Behavior, Sickness; Behaviors, Illness; Behaviors, Sickness; Illness Behaviors; Sickness Behaviors.
OR	OR	OR
("oncologic patient**")	(MH "Professional-Patient Relations") Usado para: Contacting Clients; Professional Patient Relationship; Client, Contacting; Clients, Contacting; Contacting Client; Professional Patient Relations; Professional Patient Relationships; Professional-Patient Relation; Relation, Professional-Patient; Relations, Professional-Patient; Relationship, Professional Patient; Relationships, Professional Patient.	(MH "Patient Compliance+") Usado para: Patient Adherence; Patient Cooperation; Patient Noncompliance; Patient Non-Adherence; Patient Non-Compliance; Patient Nonadherence; Adherence, Patient; Compliance, Patient; Cooperation, Patient; Non-Adherence, Patient; Non-Compliance, Patient; Nonadherence, Patient; Noncompliance, Patient; Patient Non Adherence; Patient Non Compliance; Medication Compliance; Medication Nonadherence; Medication Non-Adherence; Medication Non-Compliance; Medication Noncompliance; Medication Persistence; Adherence, Medication; Compliance, Medication; Medication Non Adherence; Medication Non Compliance; Non-Adherence, Medication; Non-

		Compliance, Medication; Nonadherence, Medication; Noncompliance, Medication; Persistence, Medication.
OR	OR	OR
("oncology patient**")	(MH "Nurses") Usado para: Nursing Personnel; Personnel, Nursing; Nurse.	(MH "Health Behavior") Usado para: Behavior, Health; Behaviors, Health; Health Behaviors.
OR		OR
("cancer survivor**")		(MH "Attitude to Health") Usado para: Health Attitude; Attitude, Health; Attitudes, Health; Health Attitudes; Health, Attitude to.
		OR
		(MH "Self Concept") Usado para: Self Esteem; Self Perception; Self-Perception; Concept, Self; Concepts, Self; Esteem, Self; Esteems, Self; Perception, Self; Perceptions, Self; Self Concepts; Self Esteems; Self Perceptions; Self-Perceptions.
		OR
		(MH "Self Efficacy") Usado para: Efficacy, Self.
		OR
		(MH "Social Control, Informal") Usado para: Informal Social Control; Self Regulation; Control, Informal Social; Controls, Informal Social; Informal Social Controls; Regulation, Self; Regulations, Self; Self Regulations; Social Controls, Informal.
((MH "Neoplasms") OR ("cancer patient**") OR ("oncologic patient**") OR ("oncology patient**") OR ("cancer survivor**"))	AND ((MH "Social Support") OR (MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "Professional-Patient Relations") OR (MH "Nurses"))	AND ((MH "Self Care") OR (MH "Illness Behavior") OR (MH "Patient Compliance+") OR (MH "Health Behavior") OR (MH "Attitude to Health") OR (MH "Self Concept") OR (MH "Self Efficacy") OR (MH "Social Control, Informal"))
RESULTADO: ((MH "Neoplasms") OR ("cancer patient**") OR ("oncologic patient**") OR ("oncology patient**") OR ("cancer survivor**")) AND ((MH "Social Support") OR (MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "Professional-Patient Relations") OR (MH "Nurses")) AND ((MH "Self Care") OR (MH "Illness Behavior") OR (MH "Patient Compliance+") OR (MH "Health Behavior") OR (MH "Attitude to Health") OR (MH "Self Concept") OR (MH "Self Efficacy") OR (MH "Social Control, Informal"))		

Anexo II – Grelha de seleção dos estudos

GRELHA DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS

	Identificação do estudo (Título, Primeiro autor e ano)	Título	Resumo	Leitura Integral	Motivo de Exclusão
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
(...)					

Anexo III – Quadros de extração de dados

AMOSTRA, MÉTODOS E RESULTADOS DOS ESTUDOS SELECIONADOS

AMOSTRA		INTERVENÇÃO		OUTCOMES		RESULTADOS	QUALIDADE (0-18)
Descrição e alocação	Mortalidade (%)	Objetivo	Duração	Momentos de medição	Outcomes medidos		
ESTUDO __:							

CARATERÍSTICAS DAS INTERVENÇÕES DOS ESTUDOS

ESTUDO	CONTEÚDO DA INTERVENÇÃO	GRUPO DE CONTROLO	MATERIAIS UTILIZADOS	SESSÕES / CONTACTO			
				Tipo de contacto	Número	Duração de cada contacto	Duração total

Anexo IV – Formulários de revisão crítica

Formulário de Revisão Crítica – Estudos Qualitativos

Adaptado de Letts *et al.* (2007), Caldwell, Henshaw e Taylor (2005), e Caldwell, Henshaw e Taylor (2011)

<u>ESTUDO:</u>	
<p>O título reflete o seu conteúdo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os autores são credíveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>O resumo sintetiza os pontos principais do estudo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	
<u>OBJETIVO DO ESTUDO:</u> O objetivo está claramente descrito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Descreva o objetivo do estudo. Como é que este estudo se aplica à questão de investigação?
<u>LITERATURA:</u> A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não A revisão da literatura está compreensível e atualizada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não O enquadramento teórico está adequado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Os conceitos principais foram abordados? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Descreva a pertinência deste estudo. Descreva a perspectiva teórica e filosófica do estudo.
<u>DESENHO:</u> <input type="checkbox"/> Fenomenológico <input type="checkbox"/> Etnográfico <input type="checkbox"/> <i>Grounded Theory</i> <input type="checkbox"/> Observação participante <input type="checkbox"/> Outro _____	Descreva o desenho do estudo. Este desenho está adequado à pergunta do estudo?
<u>MÉTODOS UTILIZADOS:</u> <input type="checkbox"/> Observação participante <input type="checkbox"/> Entrevistas <input type="checkbox"/> Revisão <input type="checkbox"/> <i>Focus groups</i> <input type="checkbox"/> Outro _____	Descreva os métodos utilizados e se estes estão em consonância com a perspectiva e finalidade do estudo?
<u>AMOSTRA:</u> O método de seleção da amostra está descrito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não A amostra foi constituída até à saturação dos dados? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito	A metodologia para a constituição da amostra foi adequada tendo em conta os objetivos e a questão de investigação do estudo?

<p>O consentimento informado foi obtido?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>Os participantes estão descritos detalhadamente? Como é que esta amostra se aplica à questão de investigação do meu estudo?</p>
<p><u>COLHEITA DE DADOS:</u></p> <p>CLARIDADE DESCRITIVA:</p> <p>Existe uma descrição clara do local da entrevista?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Existe uma descrição clara dos participantes do estudo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Existe uma descrição do papel do investigador e do seu relacionamento com os participantes?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Foram identificados viés do investigador?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>RIGOR DO PROCEDIMENTO:</p> <p>As estratégias de colheita de dados foram rigorosas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>O método de colheita de dados é auditável?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Descreva o contexto do estudo. Foi suficiente para compreender todo o procedimento?</p> <p>Que aspetos estão em falta que podem influenciar a compreensão do estudo?</p> <p>Os autores providenciaram informação suficiente sobre o procedimento de colheita de dados, como por exemplo, a o local, as notas de campo, a experiência e o treino dos investigadores na colheita de dados.</p> <p>Descreva qualquer flexibilidade na conceção e nos métodos de colheita de dados.</p>
<p><u>ANÁLISE DOS DADOS:</u></p> <p>RIGOR DE ANÁLISE:</p> <p>O método de análise foi indutivo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>A análise dos dados e as conclusões estão em consonância com a realidade dos resultados?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Descreva os métodos de análise dos dados.</p> <p>Os métodos foram apropriados?</p> <p>Quais foram os resultados?</p>
<p>AUDITABILIDADE:</p> <p>As decisões a tomar na análise foram descritas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>O processo de análise dos dados está descrito adequadamente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>Descreva as decisões do investigador quanto à transformação dos dados em códigos, categorias e qual a justificação atribuída para essa categorização.</p>
<p>CONEXÃO À TEORIA:</p> <p>O estudo contribui para uma melhor compreensão do fenómeno?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Descreva em que medida os conceitos em estudo foram esclarecidos e que conceitos emergiram deste estudo.</p>

<p>CONFIABILIDADE:</p> <p>Credibilidade:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Transferibilidade:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Confiança:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Confirmabilidade:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Para cada uma das componentes descreva o que o autor efetuou para as assegurar.</p> <p>Qual a relevância deste estudo para a minha questão de investigação?</p>
<p>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS:</p> <p>Os resultados do estudo são generalizáveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>As conclusões são apropriadas tendo em conta os resultados do estudo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Este estudo contribui para o desenvolvimento do conhecimento e da prática?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>O que o estudo concluiu? Quais as implicações desses resultados para a prática clínica? Quais foram as principais limitações ou erros no estudo?</p>

BIBLIOGRAFIA:

- CALDWELL, K.; HENSHAW, L.; TAYLOR, G. - Developing a framework for critiquing health research. Journal of Health, Social and Environmental Issues, Vol. 6, n.º 1, (2005), p. 45-54. Disponível em WWW: <https://eprints.mdx.ac.uk/2981/1/Developing_a_framework_for_critiquing_health_research.pdf>.
- CALDWELL, K.; HENSHAW, L.; TAYLOR, G. - Developing a framework for critiquing health research: an early evaluation. Nurse Education Today. Vol. 31. n.º 8, (2011), p. e1-7. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21185111>>.
- LETTS, L., WILKINS, S., LAW, M., STEWART, D., BOSCH, J., & WESTMORLAND, M. – *Critical Review Form - Qualitative Studies (Version 2.0)*. Hamilton: McMaster University, 2007. Disponível na internet: <URL: http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualreview_version2.0.pdf>.

Formulário de Revisão Crítica – Estudos Quantitativos

Adaptado de Law *et al.* (1998), Caldwell, Henshaw e Taylor (2005), e Caldwell, Henshaw e Taylor (2011)

Estudo: O título reflete o seu conteúdo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Os autores são credíveis (i.e., apresentam habilitações académicas ou ligação a algum atividade profissional de relevância para a investigação)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não O resumo sintetiza os pontos principais do estudo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<u>REVISÃO DA LITERATURA:</u> A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não A revisão da literatura está compreensível? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não A revisão da literatura está atualizada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <u>OBJETIVOS/ FINALIDADE DO ESTUDO:</u> Está claramente descrito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Descreva a pertinência deste estudo. Descreva os objetivos/finalidade do estudo. Como é que este estudo se aplica à sua questão de investigação? Existe alguma hipótese formulada? Se sim, descreva.
<u>DESENHO:</u> <input type="checkbox"/> Experimental <input type="checkbox"/> Quasi-experimental <input type="checkbox"/> Randomizado <input type="checkbox"/> Coorte <input type="checkbox"/> Estudo de caso único <input type="checkbox"/> Pré e pós intervenção <input type="checkbox"/> Caso-controle <input type="checkbox"/> Estudo de caso <input type="checkbox"/> Descritivo <input type="checkbox"/> Correlacional <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Transversal <input type="checkbox"/> Longitudinal	Descreva o desenho do estudo. Este desenho está adequado à pergunta do estudo? (i.e., pelo nível do conhecimento sobre o assunto, desfechos, questões éticas, etc.)
<u>METODOLOGIA:</u> AMOSTRA: N= A amostra foi descrita detalhadamente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Amostragem (quem; características; quantos; como foi formada a amostra?). Havia mais de um grupo?

<p>Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A amostra é representativa da população?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>INTERVENÇÃO:</p> <p>A intervenção está descrita detalhadamente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrita</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A “contaminação” foi evitada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, se a as variáveis parasitas foram controladas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>PROCEDIMENTO DE RECOLHA DOS DADOS E INSTRUMENTOS:</p> <p>As medidas utilizadas estão descritas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>As medidas apresentam validade?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>As medidas apresentam fidelidade?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>Quais as características da amostra?</p> <p>Houve abandono do estudo por parte de algum dos participantes? Porquê? (Os motivos foram esclarecidos e os abandonos foram adequadamente abordados?)</p> <p>Descreva os procedimentos éticos. Os participantes assinaram o termo de consentimento?</p> <p>Descreva sucintamente a intervenção (foco da intervenção, quem a realizou, com que frequência, local / contexto clínico).</p> <p>A intervenção realizada pode ser utilizada na prática clínica?</p> <p>Sim.</p> <p>Descreva os instrumentos utilizados na recolha dos dados e as suas propriedades métricas (fidelidade e validade).</p>
--	--

<p>PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS: Os métodos de análise de dados estão descritos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>Descreve as estratégias de análise de dados? Que tipos de análises estatísticas são realizados? (descritiva, inferencial, etc.) São adequadas ao tipo de estudo e ao nível de medida?</p>
<p>RESULTADOS: Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Quais foram os resultados encontrados? Foram estatisticamente significativos (i.e., $p < 0,05$)? Se não, o estudo incluiu uma amostra grande o suficiente para evidenciar uma diferença importante, caso ela tenha ocorrido? No caso de múltiplos resultados, isso foi considerado para a análise estatística?</p> <p>Qual a importância clínica dos resultados? Houve diferença clinicamente significativa entre grupos? (se isso se aplica ao estudo)</p>
<p>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS: As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os resultados do estudo são generalizáveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>A importância clínica está descrita?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>O que o estudo concluiu?</p> <p>Quais as implicações desses resultados para a prática clínica?</p> <p>Quais foram as principais limitações ou erros no estudo?</p>

BIBLIOGRAFIA:

- CALDWELL, K.; HENSHAW, L.; TAYLOR, G. - Developing a framework for critiquing health research. *Journal of Health, Social and Environmental Issues*, Vol. 6, n.º 1, (2005), p. 45-54. Disponível em WWW: <https://eprints.mdx.ac.uk/2981/1/Developing_a_framework_for_critiquing_health_research.pdf>.
- CALDWELL, K.; HENSHAW, L.; TAYLOR, G. - Developing a framework for critiquing health research: an early evaluation. *Nurse Education Today*. Vol. 31, n.º 8, (2011), p. e1-7. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21185111>>.
- LAW, M.; STEWART, D.; POLLOCK, N.; LETTS, L.; BOSCH, J.; e WESTMORLAND, M.. – *Guidelines for Critical Review Form – Quantitative studies*. Hamilton: McMaster University, 1998. Disponível na internet: <URL: <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quanguidelines.pdf>>.

Anexo V – Procedimento para o cálculo da pontuação da qualidade metodológica dos estudos

PROCEDIMENTO PARA O CÁLCULO DA PONTUAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS QUANTITATIVOS

Para calcular a pontuação dos estudos quantitativos, foram selecionados os itens mais importantes para classificar a qualidade metodológica dos estudos. Para cada resposta “Sim” ou “Não se aplica” foi atribuído 1 ponto e para cada resposta “Não” ou “Não está descrito” 0 pontos.

ITENS		SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	NÃO ESTÁ DESCRITO
1.	A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?	1	0		
2.	A revisão da literatura está atualizada?	1	0		
3.	(O objetivo) Está claramente descrito?	1	0		
4.	Desenho de estudo (experimental/quasi-experimental)	1	0		
5.	Randomização da amostra	1	0		
6.	A amostra foi descrita detalhadamente?	1	0		
7.	Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra?	1	0	0	
8.	Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?	1	0		
9.	A intervenção está descrita detalhadamente?	1	0	1	0
10.	A ‘contaminação’ foi evitada?	1	0	1	0
11.	A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, variáveis parasitas controladas?	1	0	1	0
12.	As medidas utilizadas estão descritas?	1	0		0
13.	As medidas apresentam validade?	1	0		0
14.	As medidas apresentam fidelidade?	1	0		0
15.	Os métodos de análise de dados estão descritos?	1	0		0
16.	Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?	1	0	1	0
17.	Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?	1	0		
18.	As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?	1	0		

O score total foi obtido pelo somatório das pontuações equivalentes a cada item, variando entre 0 e 18 valores.

SCORE TOTAL	QUALIDADE METODOLÓGICA
0-6	Fraca
7-12	Moderada
13-18	Elevada

Anexo VI – Resultados da seleção dos estudos

RESULTADOS DA SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Legenda:

E – Excluído; I – Incluído; P – População; I – Intervenção; O – Resultado; T – (Tipo de estudo); L – (Língua).

Preenchimento a cinzento e azul – estudos pré-selecionados.

Preenchimento a azul – estudo selecionados.

	Identificação do estudo (Título, Primeiro autor e ano)	Título	Resumo	Leitura Integral	Motivo de Exclusão
1	Suffering related to health care: a study of breast cancer patients' experiences. (Arman, 2004)		E		IO
2	Meeting the needs of siblings of children with cancer. (Ballard, 2004)	E			P
3	The role of optimal healing environments in patients undergoing cancer treatment: clinical research protocol guidelines... (Block, 2004)			E	IO
4	Psychosocial factors associated with quality of life among individuals attending genetic counseling for hereditary cancer. (Carlsson, 2004)	E			P
5	The needs of recently diagnosed cancer patients. (Costelloe, 2004)			E	I
6	Experience, functions and benefits of a cancer support group. (Docherty, 2004)		E		I
7	Neighborhood context and mortality among older Mexican Americans: is there a barrio advantage? (Eschbach, 2004)		E		IO
8	The role of religious <i>coping</i> in adjustment to prostate cancer. (Gall, 2004)		E		I
9	The observation, science and reality of breast cancer: a patient's perspective. (Haslam, 2004)		E		IO
10	The hopes and wishes of adolescents with cancer and the nursing care that helps. (Hinds, 2004)	E			P
11	Our family's experiences: a study of Thai families living with women in the early stages of breast cancer. (Junda, 2004)	E			P
12	Family caregivers' quality of life: influence of health protective stance and emotional strain. (Matthews, 2004)	E			P
13	Psychopathological aspects of cancer in children. (Mouren-Siméoni, 2004)	E			P

14	Supporting the transformative process: experiences of cancer patients receiving integrative care. (Mulkins, 2004)		E		I
15	Tai Chi Chuan, health-related quality of life and self-esteem: a randomized trial with breast cancer survivors. (Mustian, 2004)			E	I
16	Influence of pain and quality of life on desire for hastened death in patients with advanced cancer. (Mystakidou, 2004)		E		I
17	Family caregiver satisfaction with care at end of life: report from the cultural variations study (CVAS). (Phipps, 2004)	E			P
18	Exploring social cognitive theory constructs for promoting exercise among breast cancer patients. (Rogers, 2004)		E		I
19	Coming to terms with language. Mara Mogensen Flaherty Memorial Lecture. (Ruccione, 2004)		E		I
20	Overcoming: breast cancer and its effect on intimacy in middle aged African-American women. (Sanders, 2004)		E		I
21	Understanding denial. (Stephenson, 2004)		E		PIO
22	Physical and psychosocial health in family caregiving: a comparison of AIDS and cancer caregivers. (Stetz, 2004)	E			P
23	Patient control and end-of-life care part I: the advanced practice nurse perspective. (Volker, 2004)		E		IO
24	Symptoms, psychological distress, social support, and quality of life of Chinese patients newly diagnosed with gastrointestinal cancer. (Yan, 2004)		E		I
25	Family caregivers' experiences and involvement with cancer pain management. (Yates, 2004)	E			P
26	Clinical highlights. Innovations in practice: a patient's view of cancer isn't what you might expect. (s.a., 2005)	E			PIO
27	Post-breast cancer lymphedema in aging women: self-management and implications for nursing. (Armer, 2005)			E	T
28	Meaning in life and psycho-spiritual functioning: a comparison of breast cancer survivors and healthy women. (Bauer-Wu, 2005)		E		IO
29	The lived experiences of six women during adjuvant chemotherapy for stage I or II breast cancer. (Brand, 2005)		E		I
30	Supporter or obstructer; experiences from contact person activities among Swedish women with breast cancer. (Carlsson, 2005)		E		IO
31	Hospitalisation: the consciousness of illness in the cancer patient's adaptation process. (Carreca, 2005)	E			IO
32	Cancer patient and staff ratings of caring behaviors: relationship to level of pain intensity. (Chang, 2005)	E			IO

33	The impact of humor on patients with cancer. (Christie, 2005)			E	IOT
34	A Japanese woman going through cervical uterine cancer: a case study with the social phenomenology approach [Portuguese]. (Chubaci, 2005)	E			IOT
35	A comparison of psychosocial and physical functioning in patients with motor neurone disease and metastatic cancer. (Clarke, 2005)		E		O
36	The effect of telephone social support and education on adaptation to breast cancer during the year following diagnosis. (Coleman, 2005)			I	
37	An investigation of the mediators between social support and hope in women diagnosed with breast cancer. (Craig, 2005)			E	I
38	Breast cancer survivors involved in vigorous team physical activity: psychosocial correlates of maintenance participation. (Culos-Reed, 2005)			E	I
39	Pharmacist's role in meeting the psychosocial needs of cancer patients using complementary therapy. (De Lemos, 2005)	E			I
40	Plenary session 1A: Primary healthcare challenges. Preventing and treating disease. (Eyre, 2005)	E			IO
41	Life's final journey: the oncology nurse's role. (Fairbrother, 2005)		E		TO
42	The Influence of relational factors on men's adjustment to their partners' newly-diagnosed breast cancer. (Feldman, 2005)			E	I
43	Mastectomized woman: experiencing sexuality [Portuguese]. (Fernandes, 2005)		E		IO
44	Supportive care: experiences of cancer patients. (Fincham, 2005)		E		T
45	Needs of patients living with advanced disease. (Fitch, 2005)		E		IO
46	Is perceived social support a predictor of survival for patients undergoing autologous peripheral blood stem cell transplantation? (Frick, 2005)			E	I
47	Behavior and cancer prevention. (Gotay, 2005)	E			IO
48	Response to the needs of Turkish chemotherapy patients and their families - (Gözüm, 2005)			E	I
49	Breast cancer and problems with medical interactions: relationships with traumatic stress, emotional self-efficacy, and social support. (Han, 2005)		E		IO
50	Advanced cancer in children: how parents decide on final place of care for their dying child. (Hannan, 2005)	E			P
51	It's good to talk: comparison of a telephone helpline and website for cancer information. (Hardyman, 2005)			E	O

52	Quality of life and <i>coping</i> styles in Chinese nasopharyngeal cancer patients after hospitalization. (He, 2005)		E		IO
53	Psychosocial effects in long-term head and neck cancer survivors. (Holloway, 2005)			E	I
54	A grounded theory exploration of the first visit to a cancer clinic--strategies for achieving acceptance. (Jakobsson, 2005)	E			T
55	Managing resistance to change: the social worker's role in case management. (Kiernan-Stern, 2005)	E			I
56	Pain treatment in patients on chronic opioid therapy and in drug abusers. (Kongsgaard, 2005)		E		OI
57	Oncology nurses share their experiences with bereavement and self-care. (Lally, 2005)	E			PO
58	Perceptions of Chinese cancer patients of the favorable and unfavorable words conveyed by their social support providers. (Liu, 2005)		E		T
59	Perceptions of supportive communication in Chinese patients with cancer: experiences and expectations. (Liu, 2005)		E		T
60	Self-efficacy and social support predict benefit finding 12 months after cancer surgery: the mediating role of <i>coping</i> strategies. (Luszczynska, 2005)			E	IO
61	Management of breast cancer... a personal perspective. When a radiation therapist becomes the patient. (Ménard, 2005)	E			T
62	Participants' experiences of a support group intervention for family members during ongoing palliative home care. (Milberg, 2005)	E			P
63	Ovarian cancer patients' psychological distress: the role of physical impairment, perceived unsupportive family and friend behaviors (...). (Norton, 2005)			E	I
64	A supporting role in breast cancer. (Owchar, 2005)		E		T
65	Understanding cancer -- understanding the stories of life and living. (Pelusi, 2005)			E	I
66	The lived experience of adult survivors of childhood cancer. (Prouty, 2005)		E		I
67	Latinas and breast cancer in the Midwest: factors influencing survivorship. (Radina, 2005)		E		I
68	Cancer patients' descriptions of their nursing care. (Radwin, 2005)		E		IT
69	Assessing communication between oncology professionals and their patients. (Roberts, 2005)		E		IO
70	Tell me about it: drawing as a communication tool for children with cancer. (Rollins, 2005)	E			P

71	Patient satisfaction measurement in the disease management industry. (Sen, 2005)			E	I
72	Living positively with cancer. (Silver-Leigh, 2005)			E	T
73	Parental treatment decision making in pediatric oncology. (Stewart, 2005)	E			P
74	The behaviors of seeking a second opinion from other health-care professionals and the utilization of complementary and alternative medicine (...). (Tam, 2005)	E			IO
75	Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. (Tan, 2005)		E		IO
76	Spiritual care nursing: what cancer patients and family caregivers want. (Taylor, 2005)			E	IT
77	Factors predicting quality of life of patients with cancer undergoing chemotherapy. (Thanasilp, 2005)		E		I
78	Systematic review of barriers to the recruitment of older patients with cancer onto clinical trials. (Townsend, 2005)	E			T
79	Encouragement to act with autonomy: the nursing support for the children who receive information about their cancer and its treatments [Japanese]. (Tsuji, 2005)	E			P
80	Trying to listen: needs of patients treated with chemotherapy. (Verdura, 2005)		E		TO
81	The general public's information needs and perceptions regarding hereditary cancer: an application of the Integrated Change Model. (Vries, 2005)	E			PIO
82	Attributes of interactive online health information systems. (Walther, 2005)		E		I
83	Caring process of Thai women with breast cancer receiving chemotherapy. (Wannapornsiri, 2005)		E		IO
84	Having a child diagnosed with cancer: an assessment of values from the mother's viewpoint. (Ward-Smith, 2005)	E			P
85	The patient-professional partnership in supportive care. (Winton, 2005)	E			T
86	Development and validation of the Communication and Attitudinal Self-Efficacy scale for cancer (CASE-cancer). (Wolf, 2005)	E			PIO
87	The <i>coping</i> experience of Chinese parents of children diagnosed with cancer. (Wong, 2005)	E			P
88	A different way of being: adolescents' experiences with cancer. (Woodgate, 2005)	E			P
89	Privacy and dignity of cancer patients: a qualitative study of patients privacy in UK national health service patient care settings. (Woogara, 2005)	E			IO

90	Korean translation and validation of the functional assessment of cancer therapy-breast (FACT-B) scale version 4. (Yoo, 2005)	E			PIO
91	<i>Coping</i> with cancer: what do patients do. (Zaza, 2005)		E		I
92	Chemically-induced menopause and the sexual functioning of breast cancer survivors. (Archibald, 2006)	E			IO
93	Understanding the breast cancer experience of Latina women. (Ashing-Giwa, 2006)		E		IT
94	Support for cancer patients: the Bahrain experience. (Awadallah, 2006)			E	I
95	Women's perceptions of events impeding or facilitating the detection, investigation and treatment of breast cancer. (Bairati, 2006)		E		T
96	Needs of young children with cancer during their initial hospitalization: an observational study. (Björk, 2006)	E			P
97	Survivorship... From Psychosocial Nursing Care Along the Cancer Continuum (...). (Boyle, 2006)			E	T
98	Spirituality and adaptive <i>coping</i> styles in German patients with chronic diseases in a CAM health care setting. (Büssing, 2006)			E	I
99	Use of complementary and alternative medicine by Chinese individuals living with cancer in British Columbia. (Chiu, 2006)	E			IO
100	Efficacy of comprehensive group rehabilitation for women with early breast cancer in South Korea. (Cho, 2006)			I	
101	Breast cancer: a personal reflective account. (Clarke, 2006)		E		IO
102	Social support: gender differences in cancer patients in the United Kingdom. (Clarke, 2006)		E		IOT
103	Testing a model of symptoms, communication, uncertainty, and well-being, in older breast cancer survivors. (Clayton, 2006)			I	
104	The nurse-patient relationship in cancer care as a shared covenant: a concept analysis. (Coffey, 2006)		E		IT
105	Holding it all together: breast cancer and its impact on life for younger women. (Coyne, 2006)		E		IT
106	Pre-registration nursing students' experience of caring for cancer patients. (Cunningham, 2006)	E			PIO
107	Suffering: representations and challenges. (Dany, 2006)		E		IT
108	Seeking and managing hope: patients' experiences using the Internet for cancer care. (Dickerson, 2006)		E		T

109	Completion of therapy by Medicare patients with stage III colon cancer. (Dobie, 2006)			E	I
110	The cancer chemotherapy experience in a patient's view. (dos Anjos, 2006)		E		IO
111	Dimensions of quality of life and psychosocial variables most salient to colorectal cancer patients. (Dunn, 2006)		E		IT
112	Sperm banking in adolescent cancer patients. (Edge, 2006)	E			P
113	Caring or uncaring--meanings of being in an oncology environment. (Edvardsson, 2006)		E		IT
114	Nurses in cancer care-- <i>coping</i> strategies when encountering existential issues. (Ekedahl, 2006)		E		T
115	Informational and emotional support received by relatives before and after the cancer patient's death. (Eriksson, 2006)	E			P
116	Experiences of breast cancer survivor-advocates and advocates in countries with limited resources: a shared journey in breast cancer advocacy. (Errico, 2006)		E		PIO
117	Quality of life of elderly persons with cancer: a 3-month follow-up. (Esbensen, 2006)		E		I
118	When a parent has cancer: a multi-site community-based intervention for school personnel (...). (Fasciano, 2006)	E			P
119	Enhancing adherence among older African American men enrolled in a longitudinal cancer screening trial. (Ford, 2006)		E		P
120	In the depths of human circumstances. (Friedman, 2006)			E	PIO
121	<i>Stress</i> and quality of life in African American cancer survivors. (Garofalo, 2006)		E		IO
122	Integrative review of spirituality in African American breast cancer survivors. (Gibson, 2006)	E			T
123	Family care for the older person with cancer. (Given, 2006)	E			P
124	Nursing education as an intervention to decrease fatigue perception in oncology patients. (Godino, 2006)			I	
125	What is a good death? Terminally ill patients dealing with normative expectations around death and dying. (Goldsteen, 2006)		E		IT
126	The American Cancer Society Cancer Survivors Network: an online cancer community (...). (Greer, 2006)			E	IOT
127	Male cancer patients' attitudes towards female health professionals during urological consultations. (Griffin, 2006)	E			IO

128	The role of the breast care nurse during treatment for early breast cancer: the patient's perspective. (Halkett, 2006)	E			T
129	Survivorship perspectives and advocacy. (Hoffman, 2006)		E		IO
130	A descriptive study comparing health attitudes of urban and rural oncology patients. (Howat, 2006)		E		I
131	Measuring the psychosocial characteristics of family caregivers of palliative care patients: psychometric properties of nine self-report instruments. (Hudson, 2006)	E			PIO
132	The perceived care needs of breast cancer patients in Korea. (Hwang, 2006)		E		IO
133	The child, the sick parent and the pediatrician. (Israël, 2006)	E			P
134	Health behavior correlates among colon cancer survivors: NC STRIDES baseline results... Strategies for Improving Diet, Exercise, and Screening. (James, 2006)			E	I
135	Measuring meaning in life following cancer. (Jim, 2006)		E		IO
136	Caregivers of children with cancer. (Jones, 2006)	E			P
137	Understanding the determinants of exercise intentions in multiple myeloma cancer survivors: an application of the theory of planned behavior. (Jones, 2006)		E		IO
138	The impact of breast cancer diagnosis in Latino women -- Neuva Vida's survivorship support program (...). (Kaufman, 2006)		E		T
139	Caregivers of brain tumor patients: stress and intervention preferences... American Psychosocial Oncology Society (APOS) (...). (Keir, 2006)	E			P
140	How do people with cancer wish to be cared for in primary care? Serial discussion groups of patients and carers. (Kendall, 2006)		E		I
141	Validation of the Korean version of the McMaster Quality of Life Scale in terminal cancer patients. (Kim, 2006)	E			PIO
142	Supporting children of parents with cancer. (Landry-Dattée, 2006)	E			P
143	Changes in body image experienced by adolescents with cancer. (Larouche, 2006)	E			P
144	Cancer survivorship: a first-person perspective. (Leigh, 2006)	E			IT
145	The effects of cancer survivorship on families and caregivers. (Lewis, 2006)	E			P
146	The effects of cancer survivorship on families and caregivers: more research is needed on long-term survivors. (Lewis, 2006)	E			P

147	Round table: survivor-focused practice models. (Lewis, 2006)	E			PIO
148	Supportive care needs: are patients with lung cancer a neglected population? (Li, 2006)		E		IO
149	Latent troubles of a cancer patient's caregiver. (Lissandrello, 2006)	E			P
150	Caring in nursing: investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China. (Liu, 2006)		E		IO
151	Pain in pediatric oncology: do the experiences of children and parents differ from those of nurses and physicians? (Ljungman, 2006)	E			P
152	Why women with breast cancer use or do not use lymphedema prevention and management strategies (...). (Loerzel, 2006)	E			I
153	Exploring terminally ill patients' and their families' perceptions of holistic care in Malaysia. (Loh, 2006)		E		I
154	Attitude to primary prevention advice of the European Code against cancer in relatives of cancer patients: implications for (...). (López, 2006)	E			PIO
155	The problem of distress in patients with cancer: more effective assessment. (Madden, 2006)			E	IO
156	The effect of postoperative symptom experience, and personality and psychosocial factors on depression among gastrectomy patients in Japan. (Maeda, 2006)		E		IO
157	Communicating... again and again. (Marcus, 2006)		E		T
158	Viewing patient need through professional writings: a systematic 'ethnographic' review of palliative care professionals' experiences of caring (...). (McDermott, 2006)	E			IOT
159	Exploring the ethical issues of the research interview in the cancer context. (McIlfratrick, 2006)	E			PIO
160	What about the carers?: Exploring the experience of caregivers in a chemotherapy day hospital setting. (McIlfratrick, 2006)	E			P
161	Parenting concerns among adult cancer patients: a pilot study... American Psychosocial Oncology Society (...). (Moore, 2006)	E			P
162	Self-care operations and nursing interventions for children with cancer and their parents. (Moore, 2006)	E			P
163	Hormone ablation for the treatment of prostate cancer: the lived experience. (Ng, 2006)		E		IO
164	The comparison of self-esteem between male and female cancer patients [Farsi]. (Noghani, 2006)		E		I
165	Support-seeking, perceived support, and anxiety in mothers and fathers after children's cancer treatment. (Norberg, 2006)	E			P

166	Religious <i>coping</i> among caregivers of terminally ill cancer patients: main effects and psychosocial mediators. (Pearce, 2006)	E			P
167	Sexuality and body image: research on breast cancer survivors documents altered body image and sexuality. (Pelusi, 2006)			E	PIO
168	Physicians, pharmacists and patients' compliance with chronic treatment in Bulgaria. (Petkova, 2006)		E		I
169	Tailoring communication in cancer genetic counseling through individual video-supported feedback: a controlled pretest-posttest design. (Pieterse, 2006)			E	PIO
170	Age differences in psychosocial resources and psychological well-being of cancer patients at the start of chemotherapy. (Pinquart, 2006)		E		IO
171	The lived experience of adult survivors of childhood cancer. (Prouty, 2006)	E			P
172	"Reduced to nods and smiles": experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups. (Richardson, 2006)	E			P
173	Health care recommendations for lesbian women. (Roberts, 2006)		E		I
174	Couples surviving prostate cancer: Long-term intimacy needs and concerns following treatment. (Sanders, 2006)	E			IO
175	Cancer diagnosis and treatment: communication accuracy between patients and their physicians. (Santoso, 2006)			E	I
176	Beacon in the storm: an exploration of the spirituality and faith of parents whose children have cancer. (Schneider, 2006)	E			P
177	Changes in finding benefit after cancer surgery and the prediction of well-being one year later. (Schwarzer, 2006)		E		I
178	The nursing consultation after the disclosure announcement of cancer. (Smutek, 2006)	E			L
179	Self-help groups--helping others is helping oneself. (Straka, 2006)		E		I
180	Personal Web home pages of adolescents with cancer: self-presentation, information dissemination, and interpersonal connection. (Suzuki, 2006)	E			P
181	Consent for investigating and treating adults with cancer. (Tait, 2006)	E			PIO
182	Caring for the spiritual pain of patients with advanced cancer: a phenomenological approach to the lived experience. (Tamura, 2006)	E			IO
183	Cancer survivors' received and needed social support from their work place and the occupational health services. (Taskila, 2006)		E		I
184	Posttreatment breast cancer surveillance and follow-up care experiences of breast cancer survivors of African descent (...). (Thompson, 2006)		E		I

185	Complementary, alternative, proven, unproven. (Thomson, 2006)	E			IO
186	Parental decision making in pediatric cancer end-of-life care: using focus group methodology as a prephase to seek participant design input. (Tomlinson, 2006)	E			P
187	People with intellectual disabilities and their need for cancer information. (Tuffrey-Wijne, 2006)		E		I
188	Dynamics of hope in neoplastic disease: a review. (Tyszkiewicz-Bandur, 2006)	E			IOT
189	Factors associated with the self-efficacy of terminally ill cancer patients. (Ueno, 2006)		E		I
190	Exercise preferences among a population-based sample of non-Hodgkin's lymphoma survivors. (Vallance, 2006)		E		I
191	Hope and related variables in Italian cancer patients. (Vellone, 2006)		E		I
192	The 2005 Milly Haagedoorn Lecture: five year survival: an end or a beginning?. (Webb, 2006)		E		IO
193	The art of professional development and caring in cancer nursing. (Wengström, 2006)			E	P
194	Life, illness and death--existential reflections of a Swedish sample of patients who have undergone curative treatment for breast or prostatic cancer. (Westman, 2006)		E		I
195	Impact of conceptual nursing models in a professional environment. (Wiest, 2006)		E		IO
196	Getting results for hematology patients through access to the electronic health record. (Wiljer, 2006)		E		I
197	Support provision and emotional work in an Internet support group for cancer patients. (Winefield, 2006)		E		IT
198	Uncertainty appraisal <i>coping</i> and quality of life in breast cancer survivors. (Wonghongkul, 2006)		E		IO
199	The importance of being there: perspectives of social support by adolescents with cancer. (Woodgate, 2006)	E			P
201	Quality of life of patients with terminal cancer receiving palliative home care. (Yan, 2006)		E		I
202	Self-determination and information seeking in end-stage cancer. (Zanchetta, 2006)		E		IO
203	Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work (Ablett, 2007)		E		I
204	Cultural considerations in developing church-based programs to reduce cancer health disparities among Samoans (Aitaoto, 2007)	E			i

205	The meaning of religious beliefs for a group of cancer patients during rehabilitation. (Aquino, 2007)		E		I
206	Communication with patients in palliative care: favoring cheerfulness and optimism. (Araújo, 2007)		I		
207	Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer (Arora, 2007)	I			
208	The socio-economic impact of cervical cancer on patients and their families in Argentina, and its influence on radiotherapy compliance. (Arrossi, 2007)	E			I
209	A partnership in like-minded thinking-generating hopefulness in persons with cancer (Ayers, 2007)		E		I
210	Psychometric properties of a modified version of the Caregiver Reaction Assessment Scale measuring caregiving and post-caregiving reactions... (Bachner, 2007)	E			I
211	Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners. (Badger, 2007)			I	
212	Acceptability of an advance care planning interview schedule: a focus group study. (Barnes, 2007)		E		I
213	Childhood cancer: maternal perceptions and strategies for <i>coping</i> with diagnosis. (Beltrao, 2007)		E		P
214	Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care. (Blomberg, 2007)		E		I
215	<i>Coping</i> and quality of life after tumor surgery: personal and social resources promote different domains of quality of life. (Boehmer, 2007)			E	I
216	Family resiliency during childhood cancer: the father's perspective. (Brody, 2007)	E			P
217	The art of pediatric oncology nursing practice. (Cantrell, 2007)	E			P
218	Breast cancer survivors: information and support after treatment. (Cappiello, 2007)			E	I
219	Commentary on Liu JE, Mok E & Wong T (2006). Caring in nursing: investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China. (Chan, 2007)	E			P I O
220	Remote patient-provider communication and quality of life: empirical test of a dialogic model of cancer care. (Chumbler, 2007)			E	IO
221	Preparation for cancer care: perceptions of newly qualified health care professionals. (Copp, 2007)	E			I
222	An exploratory, interview study of oncology patients' and health-care staff experiences of discussing resuscitation. (Cox, 2007)	E			I
223	The inspiring and regenerative power of the arts. (DeCristofaro, 2007)		E		I

224	Social influences, social context, and health behaviors among working-class, multi-ethnic adults. (Emmons, 2007)	E			I
225	Prevalence of aspects of <i>distress</i> , <i>coping</i> , support and care among adolescents and young adults undergoing and being off cancer treatment. (Enskär, 2007)		E		P I
226	Psychometric evaluation of Self-Assessed Support Needs of women with breast cancer Scale. (Erci, 2007)	E			P I O
227	Meaning in life in the Federal Republic of Germany: results of a representative survey with the Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE) (Fegg, 2007)	E			I
228	Breast cancer information dissemination strategies--finding out what works. (Fitch, 2007)		E		I
229	Commentary on Liu J, Mok E and Wong T (2006) Caring in nursing: investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China.(Furlong, 2007)	E			P I O
230	Supporting people with intellectual disability in the cancer journey: the 'Living with cancer' communication pack. (Gilbert, 2007)			E	PI
231	Effectiveness of a nursing support program for patients with recurrent ovarian cancer receiving pegylated liposomal doxorubicin (CAELYX/DOXIL) (Grenier, 2007)		I		
232	Meeting the ongoing needs of survivors of rarer cancer. (Griffiths, 2007)			I	
233	The phenomenon of making decisions during the experience of early breast cancer (Halkett, 2007)		E		I
234	Patients' perspectives on the role of radiation therapists. (Halkett, 2007)		E		I
235	Spiritual needs of persons with advanced cancer. (Hampton, 2007)		E		I
236	Level of agreement between patient self-report and observer ratings of health-related quality of life communication in oncology. (Hilarius, 2007)			E	I
237	The reflections you get': an exploration of body image and cachexia. (Hinsley, 2007)		E		I
238	How people with advanced cancer manage changing eating habits. (Hopkinson, 2007)			E	I
239	Issues of intimacy and sexuality in the face of cancer: the patient perspective. (Hordern, 2007)		E		I
240	Let's talk about sex: risky business for cancer and palliative care clinicians. (Hordern, 2007)	E			P I O
241	Patients' attitudes toward internet cancer support groups. (Im, 2007)		E		I
242	Systematic review and meta-analysis of psychological and activity-based interventions for cancer-related fatigue. (Jacobsen, 2007)	E			IO

243	Assessment of psychosocial outcomes in genetic counseling research: an overview of available measurement scales. (Kasparian, 2007)	E			I
244	Using adult learning theory concepts to address barriers to cancer genetic risk assessment in the African American community. (Kendall, 2007)	E			I
245	Understanding the supportive care needs of parents of children with cancer: an approach to local needs assessment. (Kerr, 2007)	E			P
246	Ongoing transitions: the impact of a malignant brain tumour on patient and family. (Khalili, 2007)		I		
247	"I've been through something": poetic explorations of African American women's cancer survivorship. (Kooken, 2007)		E		I
248	Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs. (Kvåle, 2007)			I	
249	Hope in parents of adolescents with cancer--factors endangering and engendering parental hope. (Kylmä, 2007)	E			P
250	When a school-age child's parent has cancer. (Laccetti, 2007)	E			P
251	A supportive nursing care clinic: conceptions of patients with head and neck cancer. (Larsson, 2007)		E		T
252	Cancer risk among 43000 Norwegian nurses. (Lie, 2007)	E			PIO
253	Living with uncertainty: the psychological adjustment and <i>coping</i> by parents of children with cancer in Taiwan. (Lin, 2007)	E			P
254	Evaluation of an integrated communication skills training program for nurses in cancer care in Beijing, China. (Liu, 2007)	E			P I O
255	Experiences of fatigue and self-management of Thai Buddhist cancer patients undergoing radiation therapy. (Lundberg, 2007)		E		I
256	A qualitative study of self-perceived effects of Mindfulness-based <i>Stress</i> Reduction (MBSR) in a psychosocial oncology setting. (Mackenzie, 2007)		E		I
257	Children's needs when facing the death of a parent from cancer: part one. (Macpherson, 2007)	E			P
258	Children's needs when facing the death of a parent from cancer: part two. (MacPherson, 2007)	E			P
259	Implementation of a prechemotherapy educational intervention. (Malone, 2007)			I	
260	Hitting the wall': the experience of menopause induced by cancer treatments. (McCarthy, 2007)			E	I
261	Talking about a cancer diagnosis. (McCorkle, 2007)	E			IO

262	A sense of security for cancer patients at home: the role of community nurses. (McKenzie, 2007)			I	
263	Caregivers' perceptions about terminally ill family members' quality of life. (Melin-Johansson, 2007)	E			P
264	Survivor dragon boating: a vehicle to reclaim and enhance life after treatment for breast cancer. (Mitchell, 2007)		E		I
265	Psychological aspects in the management of the elderly person with cancer. (Mouzer, 2007)		E		I
266	The lived experience of cognitive impairment in women treated with chemotherapy for breast cancer. (Mulrooney, 2007)		E		I
267	Successful return to work for cancer survivors. (Nachreiner, 2007)	E			P I
268	Familial social support and depression in breast cancer: an exploratory study on a Pakistani sample. (Nausheen, 2007)	E			I
269	Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: A structural equation modelling approach. (Neumann, 2007)		E		I
270	Stressors in the daily life of parents after a child's successful cancer treatment. (Norberg, 2007)	E			P
271	Information acquisition for women facing surgical treatment for breast cancer: influencing factors and selected outcomes. (O'Leary, 2007)	E			I
272	Men, masculinities, and prostate cancer: Australian and Canadian patient perspectives of communication with male physicians. (Olfiffe, 2007)		E		IO
273	Ethical issues. Unwanted treatment: what are the ethical implications? (Olsen, 2007)	E			PIO
274	How to help the child and his/her family to go through the ordeal of cancer. (Oppenheim, 2007)	E			P
275	Experiences of families with children and adolescents after completing a cancer treatment: support for the nursing care. (Ortiz, 2007)	E			P
276	Relationships between psychosocial factors and health behavior change in cancer survivors: an integrative review. (Park, 2007)	E			IO
277	Hope. (Penson, 2007)		E		P I O
278	Transforming the death sentence: elements of hope in women with advanced ovarian cancer. (Reb, 2007)			E	I
279	Peer mentoring and survivors' stories for cancer patients: positive effects and some cautionary notes. (Rini, 2007)			E	I
280	The uncanny mouth - a phenomenological approach to oral cancer. (Röing, 2007)		E		I

281	The dying, those who care for them, and how they cope with loneliness. (Rokach, 2007)		E		I
282	The special needs of adult trans-cultural cancer patients. (Rose, 2007)		E		I
283	Assessing oral literacy demand in genetic counseling dialogue: Preliminary test of a conceptual framework. (Roter, 2007)	E			P I O
284	Designing tailored Internet support to assist cancer patients in illness management. (Ruland, 2007)		E		P I
285	Psychosocial experiences of breast cancer survivors involved in a dragon boat program: exploring links to positive psychological growth. (Sabiston, 2007)	E			I
286	Empowering patients with knowledge. An update on trends in patient education. (Saca-Hazboun, 2007)			E	T
287	Psychosocial issues of the adolescent cancer patient and the development of the Teenage Outreach Program (TOP). (Shama, 2007)	E			P
288	Oncology nurses' perceptions of their supportive care for parents with advanced cancer: challenges and educational needs. (Shama, 2007)		E		PI
289	The experiences of teenagers and young adults with cancer--results of 2004 conference survey. (Smith, 2007)	E			P
290	Effectiveness of cancerguides: a study of an integrative cancer care training program for health professionals. (Staples, 2007)		E		P I
291	Life-death duality in the experience of metastasis patients [Portuguese]. (Trincaus, 2007)		E		P
292	Perceptual consistency of pain and quality of life between hospice cancer patients and family caregivers: a pilot study. (Tu, 2007)		E		I
293	Autonomy of elder patients suffering from cancer: the right to know about their diagnosis. (Visentin, 2007)		E		I
294	Urinary, sexual, and bowel dysfunction and bother after radical prostatectomy. (Weber, 2007)		E		I
295	Disclosure of an HIV diagnosis to children: history, current research, and future directions. (Wiener, 2007)	E			P
296	Are we getting it right? Parents' perceptions of hospice child bereavement support services. (Wilkinson, 2007)	E			P
297	Cancer-related fatigue: "It's so much more than just being tired". (Wu, 2007)		E		I
298	Palliative care provision for patients with chronic obstructive pulmonary disease. (Yohannes, 2007)	E			P
299	2008 SNRS abstracts -- I - K	E			IO

300	2008 SNRS abstracts -- M	E			IO
301	2008 SNRS abstracts -- S	E			IO
302	Questions & answers about <i>coping</i> with cancer during the holidays	E			IO
303	What happens after treatment for non-Hodgkin lymphoma?	E			IO
304	User perspective on palliative care services: experiences of middle-aged partners bereaved through cancer known to social work services in Northern Ireland. (Agnew, 2008)	E			P I
305	Living with gynecologic cancer: experience of women and their partners. (Akyüz, 2008)			E	I
306	Fear in children with cancer: observations at an outpatient visit. (Anderzén Carlsson, 2008)	E			P
307	Psychological health in cancer survivors. (Andrykowski, 2008)			E	I
308	Caregivers' communication with patients about illness and death: initial validation of a scale. (Bachner, 2008)	E			P
309	Survivor. Surrendering. (Bateson, 2008)	E			I
310	Family factors as correlates of diet in relatives of colon cancer patients. (Bean, 2008)	E			PI
311	The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives. (Beatty, 2008)		E		I
312	A team approach toward promoting patient adherence to oral chemotherapy protocols. (Blecher, 2008)		E		IO
313	Mixed messages? A comparison between the perceptions of radiation therapy patients and radiation therapists regarding patients' educational needs. (Bolderston, 2008)		E		I
314	The need for psychosocial support and its determinants in a sample of patients undergoing radiooncological treatment of cancer. (Brix, 2008)		E		I
315	Experiences of women who obtain diagnosis of breast cancer [Spanish]. (Calvo-Gil, 2008)		E		I
316	Investigating the determinants of health-related quality of life among childhood cancer survivors. (Cantrell, 2008)	E			P
317	If you teach a man to fly-fish. (Case, 2008)	E			I
318	Talking with others who "just know": perceptions of adolescents with cancer who participate in a teen group. (Cassano, 2008)	E			P

319	A chronic graft-versus-host disease (cGVHD) telephone support group: partnering with an advocacy organization to address an underserved population of cancer survivors. (Castro, 2008)		E		I
320	What to say to a cancer survivor. (Cawthorn, 2008)	E			I
321	Listening to the voices of patients with cancer, their advocates and their nurses: A hermeneutic-phenomenological study of quality nursing care. (Charalambous, 2008)		I		
322	The lived experiences of spiritual suffering and the healing process among Taiwanese patients with terminal cancer. (Chio, 2008)			E	IO
323	Presence, communication and treatment of fatigue and pain complaints in incurable cancer patients. (Collins, 2008)	E			I
324	The changing picture of cancer. (Corner, 2008)	E			I
325	Striving for independence: experiences and needs of service users with life limiting conditions. (Cotterell, 2008)		E		P
326	A nurse's insight, a cancer patient's shoes. (Coulter, 2008)		E		T
327	Supporting breast self-examination in female childhood cancer survivors: a secondary analysis of a behavioral intervention. (Cox, 2008)		E		P
328	Storytelling intervention for patients with cancer: part 2 -- pilot testing. (Crogan, 2008)			I	
329	Cancer at home: parents and relatives make a clean breast of their feelings [Portuguese]. (da Silva, 2008)	E			P
330	Patients' lived experiences of excisional breast biopsy: a phenomenological study. (Demir, 2008)		E		I
331	Lebanese cancer patients: communication and truth-telling preferences. (Doumit, 2008)	E			I
332	Understanding the concept of uncertainty in patients with indolent lymphoma. (Elphee, 2008)		E		I
333	Health, healing and recovery: therapeutic landscapes and the everyday lives of breast cancer survivors. (English, 2008)		E		I
334	Physical problems and psychosocial function in children with cancer. (Enskär, 2008)	E			P
335	Care dependence: a struggle toward moments of respite. (Eriksson, 2008)	E			I
336	Perceptions, understanding, and experience of women with breast cancer: experience of women [Portuguese]. (Fabbro, 2008)		E		I
337	Pizza, patients and points of view': Involving young people in the design of a post registration module entitled the adolescent with cancer. (Fallon, 2008)	E			P

338	Exploring patient experiences and self-initiated strategies for living with cancer-related fatigue. (Fitch, 2008)		E		I
339	Going the extra mile. (Flavell, 2008)	E			IO
340	The importance of the nurse's interaction with oncological patients facing the impact of the diagnosis [Portuguese]. (Fontes, 2008)	E			T
341	A life on hold': adolescents' experiences of stem cell transplantation in a long-term perspective. (Forinder, 2008)	E			P
342	Courses for cancer patients--15 years' experience at The Montebello Centre in Norway. (Fossá, 2008)		E		I
343	Optimism and psychological well-being among parents of children with cancer: an exploratory study. (Fotiadou, 2008)	E			P
344	My name is Dominga. Story of a terminally ill woman [Spanish]. (García Navarro, 2008)		E		I
345	Challenges and opportunities: communication near the end of life. (Gauthier, 2008)	E			O
346	Developing a self-rating measure of patient competence in the context of oncology: a multi-center study. (Giesler, 2008)	E			I
347	Reactions of primary caregivers of frail older people and people with cancer in the palliative phase living at home. (Groß, 2008)	E			I P
348	Riding the emotional roller coaster of cancer. (Haber, 2008)	E			I
349	Informational needs of patients and perceived adequacy of information available before and after treatment of cancer. (Hawkins, 2008)		E		I
350	Survivor. My cancer philosophy. (Hess, 2008)		E		I
351	Psychological and behavioral mechanisms influencing the use of complementary and alternative medicine (CAM) in cancer patients. (Hirai, 2008)		E		I
352	Living with cancer and perception of care: Icelandic oncology outpatients, a qualitative study. (Hjörleifsdóttir, 2008)			I	
353	Caring for bereaved family caregivers: analyzing the context of care. (Holtslander, 2008)	E			P
354	Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. (Hopko, 2008)			E	I
355	The situation-specific theory of pain experience for Asian American cancer patients. (Im, 2008)		E		I
356	Gender and ethnic differences in cancer patients' needs for help: an Internet survey. (Im, 2008)		E		I O

357	An online forum exploring needs for help of patients with cancer: gender and ethnic differences. (Im, 2008)	E			IO
358	Effects of educational intervention on nurses' knowledge, attitudes, and behavioral intentions toward supplying artificial nutrition and hydration to terminal cancer patients. (Ke, 2008)	E			P I O
359	Oncology social workers' perceptions of barriers to discussing fertility preservation with cancer patients. (King, 2008)		E		P I O
360	Experiences of caregivers of spouses with head and neck cancer undergoing radiation therapy. (Kitrungle, 2008)	E			P
361	Cancer patients' view on rehabilitation and quality of life: a programme audit. (Korstjens, 2008)		E		O
362	Life-threatening illness and the nature of social support: brief research report. (Kuczynski, 2008)	E			I
363	Predicting stress-related problems in long-term breast cancer survivors. (Lebel, 2008)	E			I
364	On the positive relation between received social support and negative affect: a test of the triage and self-esteem threat models in women with breast cancer. (Lepore, 2008)		E		I
365	Meaning in adjustment to cancer: A model of care. (Lethborg, 2008)		E		I
366	A comparison of emotional/behavioural problems between Taiwanese children with cancer and healthy controls. (Liang, 2008)	E			P
367	Opioid-taking tasks and behaviours in Taiwanese outpatients with cancer. (Liang, 2008)			E	I
368	Gender and online cancer support groups: issues facing male cancer patients. (Lieberman, 2008)		E		I O
369	A nursing experience of a liver cancer patient over the pre and post operative period [Chinese]. (Lin, 2008)		E		I O
370	S.E.A.R.C.H.ing for control. (Lucas, 2008)	E			T
371	The effect of psychological intervention on personality change, coping, and psychological distress of Japanese primary breast cancer patients. (Maeda, 2008)			E	O
372	Men and cancer: a study of the needs of male cancer patients in treatment. (Manii, 2008)			E	I
373	Mentoring nurses in familial cancer risk assessment and counseling: lessons learned from a formative evaluation. (Masny, 2008)	E			I O
374	The association of psycho-social factors and survival in head and neck cancer. (Mehanna, 2008)	E			O
375	Narratives of exceptional survivors who work with aboriginal healers. (Mehl-Madrone, 2008)	E			O I

376	Adherence to oral endocrine therapy for breast cancer: a nursing perspective. (Miaskowski, 2008)			E	T
377	Development of a family intervention for Native Hawaiian women with cancer: a pilot study. (Mokuau, 2008)		E		I
378	The impact of cancer and chemotherapy: perceptual similarities and differences between cancer patients, nurses and physicians. (Mulders, 2008)			E	I
379	Viewpoint... Mark Dignan. (Nagy, 2008)	E			IO
380	Psychooncologic aspects of breast cancer. (Neises, 2008)			E	I
381	Positive attitude in cancer: the nurse's perspective. (O'Baugh, 2008)			E	PI
382	From the desk of Eileen T. O'Grady, PhD, RN, NP. Meaningful prevention. (O'Grady, 2008)	E			IO
383	Perceptions of health care provider communication activity among American cancer survivors and Adults Without Cancer Histories: an analysis of the 2003 Health Information Trends Survey (HINTS) Data. (Ok, 2008)			E	I
384	Two minutes is too long: researchers at City of Hope are identifying barriers to pain management in a systematic effort to dismantle them. (O'Meara, 2008)	E			I
385	I'm living with a chronic illness, not . . . dying with cancer': a qualitative study of Australian women's self-identified concerns and needs following primary treatment for breast cancer. (Oxlad, 2008)			E	I
386	The lived experience of closeness in partners of cancer patients in the home care setting. (Palm, 2008)	E			P
387	Positive and negative health behavior changes in cancer survivors: a <i>stress</i> and <i>coping</i> perspective. (Park, 2008)		E		P I O
388	Applying a conceptual model for examining health-related quality of life in long-term breast cancer survivors: CALGB study 79804. (Paskett, 2008)		E		I
389	Why exemplary oncology nurses seem to avoid compassion fatigue. (Perry, 2008)		E		O
390	Improving cross-cultural awareness and skills to reduce health disparities in cancer. (Pesquera, 2008)		E		P O
391	Participating in a support group: experience lived by women with breast cancer. (Pinheiro, 2008)		E		I
392	Husbands' perspective of living with wives' ovarian cancer. (Ponto, 2008)	E			P
393	Understanding the meaning of social well-being at the end of life. (Prince-Paul, 2008)		E		I
394	Parenting <i>stress</i> in pediatric oncology populations. (Rabineau, 2008)	E			P

395	Embracing changes: adaptation by adolescents with cancer. (Ramini, 2008)	E			P
396	Nurses' clinically-based conversation with patients and their caretakers in the radiotherapy department of a university hospital [Portuguese]. (Regina Gomes, 2008)			E	I
397	Correlates of physical activity self-efficacy among breast cancer survivors. (Rogers, 2008)	E			PIO
398	Experiences of females when brachytherapy treatment has been undertaken: existential understanding [Portuguese]. (Rosa, 2008)		E		I
399	The challenge of fitting in: non-participation and withdrawal from an online self-help group for breast cancer patients. (Sandaunet, 2008)		E		I
400	Correlates of suicide ideation in a population-based sample of cancer patients. (Schneider, 2008)	E			I
401	Communication skills of health-care professionals working in oncology--can they be improved? (Schofield, 2008)		E		IO
402	Preparing patients for threatening medical treatments: effects of a chemotherapy educational DVD on anxiety, unmet needs, and self-efficacy. (Schofield, 2008)	E			I
403	Influence of patient education on pain experience in patients with malignant tumours. (Schulc, 2008)		E		I
404	A clamor in the silence: Linda Ellerbee speaks about breast cancer. (Scott, 2008)		E		IO
405	Nurses discuss working with challenging patients. (Servodidio, 2008)		E		I
406	Latina a Latina: developing a breast cancer decision support intervention. (Sheppard, 2008)		E		I
407	Mastectomized women: unfamiliar women [Portuguese]. (Silva, 2008)		E		I
408	Understanding the be of the person with cancer: his postures and existential possibilities. (Siqueira, 2008)	E			I
409	Charles takes charge. (Slate, 2008)	E			T
410	Health literacy and cancer communication with older adults. (Sparks, 2008)		E		I
411	Patients at risk: addressing addiction in patients undergoing hematopoietic SCT. (Stagno, 2008)		E		IO
412	Situated/being situated: Client and co-worker roles of family caregivers in hospice palliative care. (Stajduhar, 2008)	E			P
413	Socio-demographic, psychosocial and attitudinal predictors of help seeking after cancer diagnosis. (Steginga, 2008)			E	I

414	Helping your patient after breast reconstruction. (Stermer, 2008)	E			T
415	Psychosocial impact of cancer. (Stringer, 2008)			E	E
416	Hospitalisation for cancer and co-morbidities among people with learning disability in Australia. (Sullivan, 2008)		E		IO
417	How does a cancer education program impact on people with cancer and their family and friends? (Sutherland, 2008)		I		
418	Cancer care communication: the power to harm and the power to heal? (Thorne, 2008)			E	I
419	The psychosocial effects of cancer-related lymphedema. (Towers, 2008)		E		I
420	Insights on death & dying. Communication: what's left is what's real. (Ufema, 2008)	E			PIO
421	Meaning, spirituality, and wellness in cancer survivors. (Vachon, 2008)		E		IO
422	Exploring the work of nurses who administer chemotherapy. (Verity, 2008)	E			PIO
423	Subjective dimensions of patient competence: relationships with selected healthcare usage behaviors and general features of self-rated competence. (Weis, 2008)		E	E	I
424	The loneliness of cancer. (Wells, 2008)			E	IO
425	Development in quality of relationship between the significant other and the lung cancer patient as perceived by the significant other. (Wennman-Larsen, 2008)		E		I
426	Preventing second cancers in cancer survivors. (Wilkins, 2008)	E			IO
427	Novel 5-aminosalicylic acid formulations in ulcerative colitis: old dog, new tricks. (Wilson, 2008)	E			PIO
428	The UK Expert Patients Program: lessons learned and implications for cancer survivors' self-care support programs. (Wilson, 2008)			E	T
429	Effect of educative - supportive program on quality of life in breast cancer survivors. (Wonghongkul, 2008)			I	
430	Knowledge and attitudes of Turkish oncology nurses about cancer pain management. (Yildirim, 2008)		E		O
431	Information and service needs for young adult cancer patients. (Zebrack, 2008)			E	IO
432	Fear of breast cancer recurrence. (Ziner, 2008)			E	T

433	Influence of social support, depression, and self-esteem on burden of care among caregivers of oncology patients. (Adejumo, 2009)	E			P
434	Patients' interactions with physicians and complementary and alternative medicine practitioners: older women with breast cancer and self-managed health care. (Adler, 2009)	E			IO
435	Cancer patients' questions and concerns expressed in an online nurse-delivered mail service: preliminary results. (Andersen, 2009)		I		
436	<i>Stress and coping</i> in perioperative period of breast cancer [Portuguese]. (Andolhe, 2009)			I	
437	An exploration of the internet as a self management resource. (Anthony, 2009)			E	PIO
438	Early parental adjustment and bereavement after childhood cancer death. (Barrera, 2009)	E			P
439	Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: a systematic review. (Barskova, 2009)		E		PIO
440	To be involved or not: factors that influence nurses' involvement in providing treatment decisional support in advanced cancer. (Barthow, 2009)			E	O
441	Social ties and risk for cancer--a prospective cohort study. (Bergelt, 2009)	E			IO
442	Family dynamics: perceptions of breast cancer survivor's families. [Portuguese]. (Biffi, 2009)	E			P
443	An everyday struggle-Swedish families' lived experiences during a child's cancer treatment. (Björk, 2009)	E			P
444	Identifying and responding to depression in adult cancer patients: evaluating the efficacy of a pilot communication skills training program for oncology nurses. (Brown, 2009)		E		PO
445	Perceived partner adaptation and psychosocial outcomes for newly diagnosed stage I and stage II breast cancer patients. (Brusilovskiy, 2009)	E			I
446	Compassion fatigue: are you at risk? (Bush, 2009)	E			IO
447	Interpretation of illness in cancer survivors is associated with health-related variables and adaptive coping styles. (Büssing, 2009)		E		I
448	The effects of mastery on pain and fatigue resolution. (Byma, 2009)		I		
449	Can personal resources make a difference? An exploratory study of Chinese cancer patients in palliative care. (Chan, 2009)		E	E	I
450	Towards a theory of quality nursing care for patients with cancer through hermeneutic phenomenology. (Charalambous, 2009)		I		
451	Pain in older people with cancer: attitudes and self-management strategies. (Chatwin, 2009)			E	I

452	Support needs of patients with oral cancer and burden to their family caregivers. (Chen, 2009)			E	I
453	Predictors of affect following treatment decision-making for prostate cancer: conversations, cognitive processing, and <i>coping</i> . (Christie, 2009)		E		I
454	Health-promoting lifestyle factors of cancer survivors in Taiwan. (Chung, 2009)		E		I
456	Patient-centered communication during oncology follow-up visits for breast cancer survivors: content and temporal structure. (Clayton, 2009)		E		O
457	Foreword. The discovered story: the evolution of truth in cancer narratives. (Cripe, 2009)	E			I
458	Cancer survivorship: living with or beyond cancer. (Davies, 2009)			E	T
459	The meaning of being a man with intestinal stoma due to colorectal cancer: an anthropological approach to masculinities. (Dázio, 2009)		E		I
460	Associations between United States acculturation and the end-of-life experience of caregivers of patients with advanced cancer. (DeSanto-Madeya, 2009)	E			P
461	Testing of uncertainty in illness theory to predict quality of life among Thais with head and neck cancer. (Detprapon, 2009)		E		P I O
462	Experiences of cancer patients, survivors, and caregivers with health care providers in the context of online health information and resources. (Dolce, 2009)		E		I
463	Computer-mediated patient education: opportunities and challenges for supporting women with ovarian cancer. (Dumrongpakapakorn, 2009)		E		I
464	Amazon heart: an exploration of the role of challenge events in personal growth after breast cancer. (Dunn, 2009)		E		I
465	Histories of life and breast cancer: reviewing life [Portuguese]. (Fabbro, 2009)		E		I O
466	Touch by the family for supporting a hospitalized parent. (Fedor, 2009)	E			P
467	Trajectories of fatigue in family caregivers of patients undergoing radiation therapy for prostate cancer. (Fletcher, 2009)	E			P
468	The use of technology in cancer care: applying Foucault's ideas to explore the changing dynamics of power in health care. (Forbat, 2009)			I	
469	An exploration of the Internet as a self-management resource. (Foster, 2009)		E		I
470	Post-breast cancer lymphedema: part 2. (Fu, 2009)	E			I
471	Disruption and cancer narratives: from awareness to advocacy. (Gardner, 2009)	E			O I

472	Uncertainty during the transition from cancer patient to survivor. (Garofalo, 2009)		E		P I O
473	How relevant is marital status and gender variables in <i>coping</i> with colorectal cancer? A sample of middle-aged and older cancer survivors. (Goldzweig, 2009)	E			I
474	The concept of confidence - the nurse's perception. (Haavardsholm, 2009)	E			P I O
475	Lost in the fog: understanding "chemo brain". (Hafner, 2009)	E			P I O
476	Development of the Ways Of Helping Questionnaire: a measure of preferred <i>coping</i> strategies for older African American cancer survivors. (Hamilton, 2009)		E		P I O
477	Factors associated with prostate cancer patients' and their spouses' satisfaction with a family-based intervention. (Harden, 2009)		I		
478	A pilot study on the influence of an individualized and experiential training on cancer caregiver's self-efficacy in home care and symptom management. (Hendrix, 2009)	E			P
479	Role of religion in cancer <i>coping</i> among African Americans: a qualitative examination. (Holt, 2009)	E			I
480	Religious beliefs, social support, self-efficacy and adjustment to cancer. (Howsepian, 2009)		E		I
481	A national online forum on ethnic differences in cancer pain experience. (Im, 2009)		E		I
482	Patient-related barriers to cancer pain management: a systematic exploratory review. (Jacobsen, 2009)		E		I
483	Lessons learned. (Jayroe, 2009)	E			IO
484	Self care and end of life care in advanced cancer: literature review. (Johnston, 2009)	E			T
485	Diversity of participants in clinical trials in an academic medical center: the role of the 'Good Study Patient?'. (Joseph, 2009)		E		P I O
486	Caring for a terminal patient with nasopharyngeal carcinoma in the ICU who refuses treatment: a nurse's experience [Chinese]. (Kao, 2009)		E		IO
487	Gay and lesbian patients with cancer.(Katz, 2009)	E			O I
488	Cancer surveillance behaviors and psychosocial factors among long-term survivors of breast cancer. Cancer and Leukemia Group B 79804. (Katz, 2009)		E		I O
489	Impact of cancer on psychosexuality: cultural perspectives of Asian women. (Khoo, 2009)	E			I O
490	The best greeting: "we've waiting for you". (Kinnaird, 2009)	E			P I

491	The multidisciplinary team: end-of-life ethical decisions. (Kirsch, 2009)		E		I O
492	Psychological distress and quality of life in cervical cancer survivors after radiotherapy: do treatment modalities, disease stage, and self-esteem influence outcomes? (Kobayashi, 2009)		E		I
493	Perceived importance of evidence-based psychosocial clinical guidelines for Hong Kong Chinese women with breast cancer: opinions of patients and health care providers. (Lam, 2009)		E		I
494	Consolation in conjunction with incurable cancer. (Langegard, 2009)		E		O
495	An examination of the psychosocial factors influencing colorectal cancer patients' communication of colorectal cancer patient risk with their siblings. (Lawsin, 2009)		E		I O
496	Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery. (Lien, 2009)			I	
497	Measuring attachment security in patients with advanced cancer: psychometric properties of a modified and brief Experiences in Close Relationships scale. (Lo, 2009)		E		I O
498	Ethnic experience of cancer: a qualitative study of Chinese-Australians in Brisbane, Queensland. (Lui, 2009)	E			I
499	A review of depression in the head and neck cancer patient. (Lydiatt, 2009)		E		I
500	Quite an awkward situation to be in': perceptions of patients, carers and health and social care professionals of the supportive cancer care in British military personnel stationed in Germany. (Maguire, 2009)		E		I
501	Adjusting to life after esophagectomy: the experience of survivors and carers. (McCorry, 2009)		E		I
502	Borderline personality disorder: challenges in the palliative care setting. (Mezzini, 2009)	E			I O
503	Denial: is it dangerous? Or just a normal reaction to a cancer diagnosis? (Miller, 2009)	E			O I
504	Moving on with life after prostate cancer. (Murray, 2009)	E			I
505	Cancer survivor adaptation model: conceptualizing cancer as a chronic illness. (Naus, 2009)		E		I O
506	Reliability and validity of the Japanese version of the Short-form Supportive Care Needs Survey questionnaire (SCNS-SF34-J). (Okuyama, 2009)	E			P I O
507	Keeping their world together--meanings and actions created through network-focused nursing in teenager and young adult cancer care. (Olsen, 2009)		E		P
508	Pilot study of a structured aerobic exercise program for Hispanic women during treatment for early-stage breast cancer. (Owens, 2009)	E			I O
509	Health related quality of life for rural cancer survivors: the Colorado experience. (Pedro, 2009)	E			I O

510	Education mentoring for teenagers and young adults with cancer. (Pini, 2009)	E			P
511	Psychosocial resources and subjective well-being of cancer patients. (Pinquart, 2009)			E	IO
512	Montréal Comprehensive Cancer Care Centre: integrating nurse navigators in Montréal's oncology teams: one aspect of implementing the Cancer Control Program--Part 1. (Plante, 2009)		E		IO
513	Relationships between patient-centered cancer nursing interventions and desired health outcomes in the context of the health care system. (Radwin, 2009)			E	O
514	Effects of an intervention aimed at improving nurse-patient communication in an oncology outpatient clinic. (Rask, 2009)			E	IO
515	Cancer patients' perceptions of the good nurse: a literature review. (Rchaidia, 2009)		E		IO
516	Evaluation of the effects of a psychosocial intervention on mood, <i>coping</i> , and quality of life in cancer patients. (Reavley, 2009)		E		I
517	Survivor loneliness of women following breast cancer. (Rosedale, 2009)		E		IO
518	No effect on survival of home psychosocial intervention in a randomized study of Danish colorectal cancer patients. (Ross, 2009)		I		
519	Older breast cancer survivors' symptom beliefs. (Royer, 2009)		E		IO
520	Nursing pain management - a qualitative interview study of patients with pain, hospitalized for cancer treatment. (Rustøen, 2009)			I	
521	Survivor. Reclaiming my life after metastatic breast cancer. (Rymon, 2009)	E			i
522	Women's feelings upon receiving a cancer diagnosis [Portuguese]. (Salci, 2009)		E		I
523	Living with advanced cancer and short life expectancy: patients' experiences with managing medication. (Sand, 2009)		E		I
524	Health behavior changes in white and African American prostate cancer survivors. (Satia, 2009)	E			IO
525	Distress in couples approached for genetic counseling and BRCA1/2 testing during adjuvant radiotherapy. (Schlich-Bakker, 2009)	E			P
526	A randomized control trial of a supervised versus a self-directed exercise program for allogeneic stem cell transplant patients. (Shelton, 2009)		E		PIO
527	Treatment decision making and its discontents. (Sinding, 2009)		E		I
528	Creating informal support within the clinical setting. (Singh-Carlson, 2009)	E			I

529	Telephone contact intervention in women undergoing treatment for breast cancer. (Smithies, 2009)		E		I
530	Look Good Feel Better workshops: a "big lift" for women with cancer. (Taggart, 2009)			E	I
531	Psychometric testing of the Caregiver Quality of Life Index-Cancer on a Taiwanese family caregiver sample. (Tang, 2009)	E			P
532	Capture the moment with meditation. (Towery, 2009)	E			P I O
533	Identifying the needs and quality of life experiences of advanced non-small cell lung cancer patients and their carers. (Treloar, 2009)		E		I
534	Problems faced by relatives caring for cancer patients at home. (Tsigaropoulos, 2009)	E			P
535	Narratives about cancer--the meeting with health care. (Vege, 2009)	E			P
536	Learning and unlearning. (Walton, 2009)	E			P
537	A randomized trial of a representational intervention for cancer pain: does targeting the dyad make a difference? (Ward, 2009)		E		P I O
538	Guest at hospice: time for consideration. (Warrén Stomberg, 2009)		E		O
539	Caring for a patient after mastectomy. (Weaver, 2009)	E			T
540	Along the cancer continuum: integrating therapeutic support and bereavement groups for children and teens of terminally ill cancer patients. (Werner-Lin, 2009)	E			P
541	Sociodemographic characteristics, health beliefs, and the accuracy of cancer knowledge. (Wilkinson, 2009)	E			I
542	Strength through adversity: bereaved cancer carers' accounts of rewards and personal growth from caring. (Wong, 2009)	E			P
543	Home chemotherapy experience of an elderly male gastric cancer patient [Chinese]. (Wu, 2009)		E		L
544	Effect of perceived barriers to symptom management on quality of life in older breast cancer survivors. (Yeom, 2009)			E	IO
545	Psychosocial outcomes and service use among young adults with cancer. (Zebrack, 2009)	E			I O
546	Oncology case managers guide patient treatment. (2010)			E	T
547	No one understands: a guide to receiving the understanding you deserve. (Agneberg, 2010)	E			T

548	Health care needs of Jordanian caregivers of patients with cancer receiving chemotherapy on an outpatient basis. (Al-Jauissy, 2010)	E			P
549	Knowledge and expectations of women in the preoperative mastectomy [Portuguese]. (Alves, 2010)		E		I
550	"It makes you feel so full of life" LiveWell, a feasibility study of a personalised lifestyle programme for colorectal cancer survivors. (Anderson, 2010)		E		I O
551	Use of formal and informal mental health resources by cancer survivors: differences between rural and nonrural survivors and a preliminary test of the theory of planned behavior. (Andrykowski, 2010)		E		I O
552	Theorizing about social support and health communication in a prostate cancer support group. (Arrington, 2010)		E		I
553	When your wife has breast cancer: five things you can do to support your spouse. (Barrat-Gordon, 2010)	E			P
554	The family in face of a relative's falling ill and having treatment for cancer [Portuguese]. (Barreto, 2010)	E			P
555	Loving our bald selves. (Beausang, 2010)			E	I
556	Perception of family functioning among relatives of women who survived breast cancer: gender differences. (Biffi, 2010)	E			P
557	What made me unhappy'. Experiences of, and responses to, lifestyle changes in breast cancer patients. (Bitsika, 2010)		E		I O
558	Health care staff's opinions about existential issues among patients with cancer. (Browall, 2010)			E	P
559	Prevalence and correlates of supportive care needs in oral cancer patients with and without anxiety during the diagnostic period. (Chen, 2010)			E	I
560	Decreasing psychological distress in cancer inpatients using FLEX Care®: a pilot study. (Clark, 2010)		E		I
561	Subjective Incompetence as a Clinical Hallmark of Demoralization in Cancer Patients Without Mental Disorder. (Cockram, 2010)		E		I
562	SAGE & THYME: a model for training health and social care professionals in patient-focussed support. (Connolly, 2010)		E		P
563	Palliative care': a contradiction in terms? A qualitative study of cancer patients with a Turkish or Moroccan background, their relatives and care providers. (de Graaff, 2010)		E		P I O
564	Blogging cancer: how and why to start blogging. (Donaldson, 2010)	E			I
565	Being next of kin to an elderly person with cancer. (Esbensen, 2010)	E			P
566	Beyond cancer: survivors talk about rebuilding their lives. (Farrell, 2010)		E		I

567	Five things you should be sure to tell your kids about cancer (so it's less scary). (Fead, 2010)	E			I P
568	Art therapy with cancer patients during chemotherapy sessions: an analysis of the patients' perception of helpfulness. (Forzoni, 2010)		E		I
569	Patients' views of surgery and surveillance for familial adenomatous polyposis. (Fritzell, 2010)		E		I
570	Examining the most relevant conceptualization of the socioeconomic status construct for cancer research. (Gage, 2010)	E			I
571	Exploring wellness coaching and traditional group support for breast cancer survivors: a pilot study. (Galantino, 2010)		E		I O
572	You've got cancer. Now what? A doctor's tips to help you navigate through diagnosis and treatment. (Gazelle, 2010)	E			P I O
573	Symptom experience, palliative care and spiritual well-being among Thais with advanced cancer. (Get-Kong, 2010)		E		I O
574	Utilization of the Medical Research Council evaluation framework in the development of technology for symptom management: the ASyMS-YG Study. (Gibson, 2010)	E			P
575	The late effects of mantle field radiotherapy: the information and support needs of women survivors of Hodgkin's disease. (Grinyer, 2010)		E		I O
576	Truth-telling in cancer: examining the cultural incompatibility argument in Turkey. (Güven, 2010)	E			I O
577	Self-regulation and self-control in exercise: the strength-energy model. (Hagger, 2010)	E			I O
578	Muslim breast cancer survivor spirituality: <i>coping</i> strategy or health seeking behavior hindrance? (Harandy, 2010)	E			I
579	Development of a mental health self-help guide for survivors. (Higgins, 2010)		E		P I
580	Survivor. That's what friends are for. (Hoffmann, 2010)	E			I
581	Shielded from the real world: perspectives on Internet cancer support groups by Asian Americans. (Im, 2010)		E		I
582	How to improve resilience in adolescents with cancer in Japan. (Ishibashi, 2010)	E			P
583	Strategies to improve care for children with cancer in Sub-Saharan Africa. (Israels, 2010)	E			P
584	How do Specialist Breast Nurses help breast cancer patients at follow-up? (Jiwa, 2010)		I		
585	Self-care strategies used by patients with lung cancer to promote quality of life. (John, 2010)			E	I

586	Fathers of children with cancer: a descriptive synthesis of the literature. (Jones, 2010)		E		I
587	Improving quality of life through rehabilitation in palliative care: case report. (Kasven-Gonzalez, 2010)		E		P I O
588	Disclosing the truth to terminal cancer patients: a discussion of ethical and cultural issues. (Kazdaglis, 2010)	E			P I O
589	The roles of social support and <i>coping</i> strategies in predicting breast cancer patients' emotional well-being: testing mediation and moderation models. (Kim, 2010)		E		I
590	The benefit of meeting a stranger: experiences with emotional support provided by nurses among Danish-born and migrant cancer patients. (Kristiansen, 2010)		I		
591	Experiences of diagnosis disclosure of the cancer patients in Macau. (Ku, 2010)	E			L
592	Patient perceptions of arm care and exercise advice after breast cancer surgery. (Lee, 2010)		I		
593	Alleviating existential distress of cancer patients: can relational ethics guide clinicians? (Leung, 2010)	E			I
594	A qualitative investigation of cancer survivorship experiences among rural Hispanics. (Livaudais, 2010)		E		I
595	Longitudinal study of depressive symptoms in patients with metastatic gastrointestinal and lung cancer. (Lo, 2010)	E			I O
596	Disruptions in the organization of meal preparation and consumption among older cancer patients and their family caregivers. (Locher, 2010)	E			I O
597	How do you accommodate morbidly obese patients? (Lofland, 2010)	E			P I O
598	Psychosocial implications for the patient with a high-grade glioma. (Lucas, 2010)		E		I O
599	Do oncology nurses provide more care to patients with high levels of emotional distress? (Mårtensson, 2010)			I	
600	Living with metastatic breast cancer: a global patient survey. (Mayer, 2010)		E		I
601	The behavioral response to personalized genetic information: will genetic risk profiles motivate individuals and families to choose more healthful behaviors? (McBride, 2010)	E			I
602	Childhood trauma, attachment style, and a couple's experience of terminal cancer: case study. (McLean, 2010)	E			P
603	The toy library as a possibility to unveil the daily life of children with cancer under outpatient treatment [Portuguese]. (Melo, 2010)	E			P
604	Cancer patients' desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients' psychological needs. (Merckaert, 2010)		E		I

605	"You can only take so much, and it took everything out of me": <i>coping</i> strategies used by parents of children with cancer. (Miedema, 2010)	E			P
606	Emerging adulthood and cancer: how unmet needs vary with time-since-treatment. (Millar, 2010)	E			I
607	The meaning of hope from the perspective of Chinese advanced cancer patients in Hong Kong. (Mok, 2010)	E			I O
608	I need a hug... Please. (Nabhan, 2010)	E			I
609	Expression and reception of treatment information in breast cancer support groups: how health self-efficacy moderates effects on emotional well-being. (Namkoong, 2010)		E		I
610	Learning to live with childhood cancer: a literature review of the parental perspective. (Neil, 2010)	E			P
611	Factors that influence the quality of life of patients with colon and rectal cancer [Portuguese]. (Nicolussi, 2010)		E		I
612	Goal processes & self-efficacy related to psychological distress in head & neck cancer patients and their partners. (Offerman, 2010)		E		I
613	Effects of a brief psychosocial intervention in patients with cancer receiving adjuvant therapy. (Oh, 2010)		I		
614	Attitudes of health care professionals, relatives of advanced cancer patients and public towards euthanasia and physician assisted suicide. (Parpa, 2010)	E			P I O
615	Home visit to women with breast cancer: a strategy to be backed [Portuguese]. (Parra, 2010)			E	O
616	Women's perceptions and experience of adjuvant tamoxifen therapy account for their adherence: breast cancer patients' point of view. (Pellegrini, 2010)	E			I
617	Keep your spirits up: words of wisdom from someone who's "been there". (Pesoli, 2010)	E			I
618	Cancer as a chronic disease. (Phillips, 2010)		E		I
619	Oncology patients' and nurses' perceptions of caring. (Poirier, 2010)		E		I O
620	Problematic integration theory: implications of supportive communication for breast cancer patients. (Repass, 2010)		E		I
621	Lessons learned in the trenches: facilitating exercise adherence among breast cancer survivors in a group setting. (Rogers, 2010)	E			I O
622	The sensory and <i>coping</i> intervention for women newly diagnosed with metastatic breast cancer. (Rosenzweig, 2010)	E			I
623	Changes in the daily family life and in women's life after starting cancer treatment [Portuguese]. (Salci, 2010)	E			I O

624	Quality of life, social support, and uncertainty among Latina and Caucasian breast cancer survivors: a comparative study. (Sammarco, 2010)		E		I O
625	The meaning of palliative care for parents of children with cancer [Portuguese]. (Santos, 2010)	E			P
626	Survive and thrive. (Schaffner, 2010)	E			PI O
627	A systematic review of therapeutic alliance, group cohesion, empathy, and goal consensus/collaboration in psychotherapeutic interventions in cancer: Uncommon factors? (Schnur, 2010)	E			P I O
628	Psychological distress in different social network members of breast and prostate cancer survivors. (Segrin, 2010)		E		P I O
629	Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer. (Sekse, 2010)		E		I O
630	Parents' experience of cancer who have young children: a literature review. (Semple, 2010)	E			P
631	Development of decision-support intervention for Black women with breast cancer. (Sheppard, 2010)		E		I O
632	Psychological effects and mediators of a group multi-component program for breast cancer survivors. (Sherman, 2010)		E		IO
633	Increased fear of progression in cancer patients with recurrence. (Shim, 2010)	E			I
634	Sharing our stories. (Sours, 2010)	E			I
635	What makes grief difficult? Perspectives from bereaved family caregivers and healthcare providers of advanced cancer patients. (Stajduhar, 2010)	E			P
636	Brief smoking cessation intervention in relation to breast cancer surgery: a randomized controlled trial. (Thomsen, 2010)	E			I O
637	A review of potential factors relevant to <i>coping</i> in patients with advanced cancer. (Thomsen, 2010)		E		I O
638	Therapeutic itinerary: oral history of elderly patients with cancer [Portuguese]. (Visentin, 2010)		E		IO
639	The transformation of tragedy. (Wein, 2010)	E			I O
640	Obesity is a difficult subject for patients and nurses. (Wujcik, 2010)	E			I O
641	A growing epidemic: talking to your patients about healthy weight and cancer. (Wyatt, 2010)	E			P O
642	Existential crisis and the awareness of dying: the role of meaning and spirituality. (Yang, 2010)		E		I

643	The role of communication and support in return to work following cancer-related absence. (Yarker, 2010)		E		O I
644	Emotion work: disclosing cancer. (Yoo, 2010)		E		I
645	Relationships among hope, <i>coping</i> style and social support for breast cancer patients. (Zhang, 2010)		E		I
646	After cancer: a new way of living [Portuguese]	E			P I O
647	Nurse follow up for self-management		E		T
648	Reflections	E			T
649	Supporting your partner through cancer	E			P
650	What can you do as her husband? A breast cancer guide for men. (Anderson, 2011)	E			P
651	Limitations of self-care in reducing the risk of lymphedema: supportive-educative systems. (Armer, 2011)		I		
652	Changes in the oncohematologic patient's social role: a case study [Spanish]. (Arráez, 2011)		E		I
653	Health-related quality of life changes of children and adolescents with chronic disease after participation in therapeutic recreation camping program. (Békési, 2011)	E			P
654	Helping survivors along recover road. (Belardi, 2011)		E		T
655	Elderly cancer survivorship: An integrative review and conceptual framework. (Bellury, 2011)		E		I O
656	Factors and Outcomes of Decision Making for Cancer Clinical Trial Participation. (Biedrzycki, 2011)		E		P I O
657	Depression in husbands of breast cancer patients: relationships to <i>coping</i> and social support. (Bigatti, 2011)	E			P
658	Comparing sexual minority cancer survivors recruited through a cancer registry to convenience methods of recruitment. (Boehmer, 2011)	E			P I O
659	Developing and implementing an advanced communication training program in oncology at a comprehensive cancer center. (Bylund, 2011)		E		P O
660	Multi-generational perspectives on health, cancer, and biomedicine: Northeastern Native American perspectives shaped by mistrust. (Canales, 2011)		E		P I O
661	Survivors at higher risk for adverse late outcomes due to psychosocial and behavioral risk factors. (Carmack, 2011)		E		I O

662	Illness Beliefs About Cancer Among Healthy Adults Who have and have not Lived with Cancer Patients. (Castillo, 2011)	E			I
663	Living with prostate cancer: randomised controlled trial of a multimodal supportive care intervention for men with prostate cancer. (Chambers, 2011)		E		I
664	Researching "good death" in a Hong Kong palliative care program: a clinical data-mining study. (Chan, 2011)	E			IO
665	Addressing the Unique Psychosocial Barriers to Breast Cancer Treatment Experienced by African-American Women through Integrative Navigation. (Chatman, 2011)	E			IO
666	A pain education programme to improve patient satisfaction with cancer pain management: a randomised control trial. (Chou, 2011)		I		
667	The role of identity in adjustment among survivors of oesophageal cancer. (Clarke, 2011)	E			IO
668	Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. (Cleary, 2011)	E			IO
669	Effectiveness of telephone support during chemotherapy in patients with diffuse large B cell lymphoma: The Ambulatory Medical Assistance (AMA) experience. (Compaci, 2011)		I		
670	Barriers to Accessing Psychosocial Support Services among Men with Cancer Living in Rural Australia: Perceptions of Men and Health Professionals. (Corboy, 2011)		E		I
671	An exploratory study of the factors that influence physical activity for prostate cancer survivors. (Craike, 2011)		E		IO
672	Transition of male patient with prostate cancer undergoing radical prostatectomy. (de Sousa, 2011)		E		IO
673	Posttraumatic spiritual growth: a phenomenological study of cancer survivors. (Denney, 2011)	E			IO
674	Men's experiences of erectile dysfunction after treatment for colorectal cancer: qualitative interview study. (Dowswell, 2011)	E			IO
675	Benefit finding after cancer: the role of optimism, intrusive thinking and social environment. (Dunn, 2011)		E		IO
676	Establishing treatment fidelity in a web-based behavioral intervention study. (Eaton, 2011)		E		IO
677	"I'm too young to get breast cancer!". (Engeler, 2011)	E			P
678	Exploring predictors of optimism among parents of children with cancer. (Fayed, 2011)	E			P
679	My child has cancer: finding the silver lining in every mother's nightmare. (Fletcher, 2011)	E			P
680	Introduction. A new approach. (Glaser, 2011)	E			IO

681	Facilitating the implementation of empirically valid interventions in psychosocial oncology and supportive care. (Hack, 2011)		E		I O
682	Empathic exchanges in online cancer support groups: distinguishing message expression and reception effects. (Han, 2011)		E		I O
683	On purpose. (Harpham, 2011)	E			I
684	Assessing self-efficacy for <i>coping</i> with cancer: development and psychometric analysis of the brief version of the Cancer Behavior Inventory (CBI-B). (Heitzmann, 2011)	E			P I O
685	Treatment failure in behavior therapy: focus on behavioral activation for depression. (Hopko, 2011)		E		I
686	Predictors of exercise frequency in breast cancer survivors in Taiwan. (Hsu, 2011)		I		
687	Thrown for a loop. (Humston, 2011)	E			I
688	No change in health behavior, BMI or self-rated health after a psychosocial cancer rehabilitation: Results of a randomized trial. (Ibfeft, 2011)		E		I
689	Understanding the processes of patient navigation to reduce disparities in cancer care: perspectives of trained navigators from the field. (Jean-Pierre, 2011)		E		I
690	An explanatory model for sleep disorders in people with cancer. (Kim, 2011)		E		I O
691	The influencing factors on quality of life among breast cancer survivors. (Kim, 2011)			E	I
692	Perceived partner support and psychosexual adjustment to breast cancer. (Kinsinger, 2011)	E			I
693	Parents of children with cancer: which factors explain differences in health-related quality of life. (Klassen, 2011)	E			P
694	Effects of cancer rehabilitation on problem-solving, anxiety and depression: A RCT comparing physical and cognitive-behavioural training versus physical training. (Korstjens, 2011)		I		
695	Learning About Cancer Has Brightened My Light: Cancer Education for Alaska Community Health Aides and Community Health Practitioners (CHA/Ps). (Kuhnley, 2011)		E		P I O
696	Standard versus prosocial online support groups for distressed breast cancer survivors: a randomized controlled trial. (Lepore, 2011)		E		I
697	The information needs of breast cancer patients in Hong Kong and their levels of satisfaction with the provision of information. (Li, 2011)		E		I O
698	The Effects of Post-Radiation Education Pamphlet On Self-efficacy in Cancer Patients. (Lian, 2011)	E			I
699	Improving adherence to oral oncolytics. (Lindsey, 2011)	E			O

700	Quality of life in breast cancer survivors: 2 years post self-management intervention. (Loh, 2011)		E		I
701	Qualitative experiences of breast cancer survivors on a self-management intervention: 2-year post-intervention. (Loh, 2011)		E		I
702	Quality of life among immigrant latina breast cancer survivors: realities of culture and enhancing cancer care. (Lopez-Class, 2011)	E			IO
703	Social isolation is associated with elevated tumor norepinephrine in ovarian carcinoma patients. (Lutgendorf, 2011)	E			IO
704	Work productivity and health of informal caregivers of persons with advanced cancer. (Mazanec, 2011)	E			P
705	The changing nature of hope: development, psychotherapy, and life-threatening illness. (McCabe, 2011)		E		IO
706	Measuring patient-centered communication in cancer care: a literature review and the development of a systematic approach. (McCormack, 2011)	E			IO
707	Prospective predictors of psychosocial support service use after cancer. (McDowell, 2011)		E		I
708	Benefits from participation in the chemo club: psychosocial insights on an exercise program for cancer patients. (McGrath, 2011)		E		I
709	The changed meaning of food: Physical, social and emotional loss for patients having received radiation treatment for head and neck cancer. (McQuestion, 2011)		E		IO
710	Adaptation status and related factors at 2 time points after surgery in patients with gastrointestinal tract cancer. (Mizuno, 2011)		E		IO
711	Needs of low-income African American cancer survivors: multifaceted and practical. (Mosavel, 2011)	E			I
712	<i>Coping</i> Resources and Self-Rated Health Among Latina Breast Cancer Survivors. (Nápoles, 2011)	E			IO
713	Mental health and long-term conditions 1: physical health. (Nash, 2011)		E		IO
714	Views of Iranian patients on life with cancer: a phenomenological study. (Nasrabadi, 2011)		E		IO
715	On surviving breast cancer -- a nurse's perspective. (Negri, 2011)	E			I
716	Wounded healer: psychotherapist grief over a client's death. (O'Brien, 2011)	E			O
717	Breast Cancer Survivorship and Surveillance. (Ode, 2011)	E			IO
718	Sex differences in associations between psychosocial factors and aberrant crypt foci among patients at risk for colon cancer. (O'Leary, 2011)	E			IO

719	Caring for teenagers and young adults with cancer: a grounded theory study of network-focused nursing. (Olsen, 2011)			E	O
720	Impact of cancer patients' disease awareness on their family members' health-related quality of life: a cross-sectional survey. (Papadopoulos, 2011)	E			P
721	Social support, gender and patient delay. (Pedersen, 2011)		E		P
722	Patient-centered communication in cancer care: the role of the NCI's cancer information service. (Perocchia, 2011)		E		IO
723	The Meaning of Breast Cancer Risk for African American Women. (Phillips, 2011)	E			I
724	Intervention Fidelity in Psychosocial Oncology. (Preyde, 2011)		E		IO
725	Who decides? Decision making and fertility preservation in teens with cancer: a review of the literature. (Quinn, 2011)	E			P
726	The attitudes, communication, treatment, and support intervention to reduce breast cancer treatment disparity. (Rosenzweig, 2011)		I		
727	Staying alive. (Rose-White, 2011)	E			IT
728	Effect of jin Shin Jyutsu energy medicine treatments on women diagnosed with breast cancer. (Searls, 2011)		E		I
729	A journey within a journey: the lived experience of parents who do not live near their child's tertiary cancer center. (Shepherd, 2011)	E			P
730	Relationship between hope and fatigue characteristics in newly diagnosed outpatients with cancer. (Shun, 2011)		E		I
731	Correlates of quality of life-related outcomes in breast cancer patients participating in the Pathfinders pilot study. (Smith, 2011)		E		I
732	The spiritual framework of <i>coping</i> through the voices of cancer survivor narratives. (Stewart, 2011)	E			IO
733	From surviving to thriving: a health and wellness colloquium for breast cancer survivors. (Stoutenberg, 2011)		E		IO
734	Informing Severely Ill Patients: Needs, Shortcomings and Strategies for Improvement. (Strohbecker, 2011)		E		IO
735	The impact of specialized oncology nursing on patient supportive care outcomes. (Sussman, 2011)			I	
736	Relationships between family support, perceived health status, and self-esteem in Korean women with breast cancer [Korean]. (Tae, 2011)	E			I
737	Exploring the breast cancer patient journey: do breast cancer survivors need menopause management support? (Tanna, 2011)		E		IO

738	Hope is key. (Turner, 2011)	E			PIO
739	Hope is key to recovery. (Turner, 2011)	E			PIO
740	Caregiving burden and associated factors among caregivers of terminally ill gastrointestinal cancer patients. (Wang, 2011)	E			P
741	Caring for cancer survivors. (Watts, 2011)			E	T
742	Cancer pain management in ambulatory care: can we link assessment and action to outcomes? (Wells, 2011)		E		I
743	What do older patients with early breast cancer want to know while undergoing adjuvant radiotherapy? (Wong, 2011)		E		I
744	Patient navigation from the paired perspectives of cancer patients and navigators: A qualitative analysis. (Yosha, 2011)		E		I
745	Adolescents and young adults with cancer lack psychological and social support		E		P
746	My faith is my rock	E			I
747	Noticeboard	E			I
748	The emotional impact of advanced breast cancer	E			I
749	The rehabilitation and exercise experience of women survivors of breast cancer: a qualitative study	E			I
750	Winning essay: CURE's 2012 Extraordinary Health award for oncology nursing	E			I
751	Peer-Based Models of Supportive Care: The Impact of Peer Support Groups in African American Breast Cancer Survivors. (Ashing-Giwa, 2012)	E			I
752	Health Promotion Among Older Cancer Survivors With Prior Disabling Conditions. (Becker, 2012)		I		
753	Predictors of Quality of Life for Long-Term Cancer Survivors With Preexisting Disabling Conditions. (Becker, 2012)		I		
754	Hand hygiene: A must for radiotherapy patients. (Bhebhe, 2012)	E			PIO
755	Employment After a Breast Cancer Diagnosis: A Qualitative Study of Ethnically Diverse Urban Women. (Blinder, 2012)	E			IO
756	The interplay of dyadic and individual planning of pelvic-floor exercise in prostate-cancer patients following radical prostatectomy. (Burkert, 2012)		E		IO

757	Hope in patients with cancer transitioning to survivorship: the mid-life directions workshop as a supportive intervention. (Butt, 2012)		E		I
758	Country music's Eddie Montgomery back on tour after prostate cancer. (Chadwell, 2012)	E			I
759	Adolescent Cancer Survivors' and their Mothers' Perceptions of Vulnerabilities, Health Status, Treatment Effects, and Roles and Health-related Behaviors. (Chaiyaratana, 2012)	E			P
760	Treatment-related and psychosocial variables in explaining physical activity in women three weeks to six months post-treatment of breast cancer. (Charlier, 2012)	E			IO
761	Life experiences of Taiwanese oral cancer patients during the postoperative period. (Chen, 2012)		E		IO
762	Factors Affecting the Improvement of Quality of Dying of Terminally Ill Patients with Cancer through Palliative Care: A Ten-Year Experience. (Cheng, 2012)	E			
763	Safe childrenpatient -- wear ID band [Danish]. (Danbjorg, 2012)	E			P
764	Camp War Buddies: Exploring the Therapeutic Benefits of Social Comparison in a Pediatric Oncology Camp. (Dawson, 2012)	E			P
765	The mediating effects of social support and self-efficacy on the relationship between social distress and emotional distress in head and neck cancer outpatients with facial disfigurement. (Deno, 2012)		E		I
766	Health impact of smoking and smoking cessation strategies: current evidence. (Duaso, 2012)		E		P
767	Death is a part of life: considerations for the natural death of a therapy patient. (Dwyer, 2012)		E		IO
768	Incurable, invisible and inconclusive: watchful waiting for chronic lymphocytic leukaemia and implications for doctor-patient communication. (Evans, 2012)		E		IO
769	The <i>coping</i> process in adults with acute leukemia undergoing hematopoietic stem cell transplantation. (Farsi, 2012)		E		IO
770	We Grieve Too: One Inpatient Oncology Unit's Interventions for Recognizing and Combating Compassion Fatigue. (Fetter, 2012)		E		IO
771	A qualitative exploration of the impact of yoga on breast cancer survivors with aromatase inhibitor-associated arthralgias. (Galantino, 2012)	E			I
772	What men say about surviving prostate cancer: complexities represented in a decade of comments. (Galbraith, 2012)		E		I
773	Social, demographic, and medical influences on physical activity in child and adolescent cancer survivors. (Gilliam, 2012)	E			P
774	The <i>Coping</i> Experience of Parents of a Child with Retinoblastoma-Malignant Eye Cancer. (Hamama-Raz, 2012)	E			P
775	A Longitudinal Study of Use of an Interactive Health Communication System. (Han, 2012)		E		I

776	The effects of mindfulness-based <i>stress</i> reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: a randomized trial. (Henderson, 2012)		E		IO
777	Cancer's gift. (Higley, 2012)	E			I
778	Effects of Optimism, Social Support, Fighting Spirit, Cancer Worry and Internal Health Locus of Control on Positive Affect in Cancer Survivors: A Path Analysis. (Hodges, 2012)	E			PIO
779	Assessing the role of spirituality in <i>coping</i> among African Americans diagnosed with cancer. (Holt, 2012)	E			PIO
780	A scale for measuring feelings of support and security regarding cancer care in a region of Japan: a potential new endpoint of cancer care. (Igarashi, 2012)	E			PIO
781	Chemotherapy treatment decision making by professionals and older patients with cancer: a narrative review of the literature. (Johnson, 2012)	E			I
782	A technical solution to improving palliative and hospice care. (Kallen, 2012)		E		PIO
783	Family Ties. (Katz, 2012)	E			I
784	Nurse preparedness for the non-communicable disease escalation in Thailand: A cross-sectional survey of nurses. (Kaufman, 2012)		E		PIO
785	The shifting nature of women's experiences and perceptions of ductal carcinoma in situ. (Kennedy, 2012)		E		IO
786	Influencing Factors on Depression in Stomach Cancer Patients Receiving Chemotherapy. (Kim, 2012)	E			IO
787	Body image of children and adolescents with cancer: a metasynthesis on qualitative research findings. (Lee, 2012)	E			P
788	The Challenge of Existential Issues in Acute Care: Nursing Considerations for the Patient With a New Diagnosis of Lung Cancer. (Lehto, 2012)			I	
789	Gender differences in the association between depressive mood and mortality: a 12-year follow-up population-based study. (Lemogne, 2012)	E			IO
790	Cultural health beliefs and health behaviors in Asian American breast cancer survivors: a mixed-methods approach. (Lim, 2012)		E		IO
791	Patient satisfaction is a customer relations issue but an even greater health issue. (Lin, 2012)	E			PIO
792	Work ability of survivors of breast, prostate, and testicular cancer in Nordic countries: a NOCWO study. (Lindbohm, 2012)		E		PIO
793	Determinants of physical activity in palliative cancer patients: an application of the theory of planned behavior. (Lowe, 2012)		E		PIO
794	Survivorship Wellness. (McCreery, 2012)			E	I

795	Is my child ok? (McCue, 2012)	E			P
796	The experience of patients with cancer who develop venous thromboembolism: an exploratory study. (Mockler, 2012)	E			PIO
797	The bet. (Moritzkat, 2012)		E		I
798	Mediators of Change in Psychosocial Interventions for Cancer Patients: A Systematic Review. (Moyer, 2012)		E		I
799	Making the case for health literacy. (Ness, 2012)	E			PIO
800	Life is back to normal and yet not - partners' and patient's experiences of life of the first year after colorectal cancer surgery. (Ohlsson-Nevo, 2012)			E	I
801	Women facing breast cancer [Portuguese]. (Oliveira Salimena, 2012)		E		I
802	Psychosocial Characteristics Associated with Breast Cancer Survivors' Intimate Partners' Needs for Information and Support After Primary Breast Cancer Treatment. (Pauwels, 2012)	E			P
803	When a nurse becomes a patient. (Pawlak, 2012)	E			I
804	Addressing spirituality within the care of patients at the end of life: perspectives of patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses. (Phelps, 2012)	E			PIO
805	In this together: tackling the challenges of a cancer diagnosis as a couple. (Phillips, 2012)		E		P
806	A experiência das mulheres após um cancro - uma abordagem fenomenológica [Portuguese]. (Pinto, 2012)	E			I
807	Promotion of self-care for mastectomized women [Portuguese]. (Priscila Rego, 2012)	E			I
808	Heterogeneity of cancer patient information-seeking behaviors. (Protière, 2012)		E		IO
809	Factors Associated With Self-care Self-efficacy Among Gastric and Colorectal Cancer Patients. (Qian, 2012)		E		I
810	Cancer care coordinators' relationships with the multidisciplinary team and patients: Everything to everyone. (Regan, 2012)	E			IO
811	Cancer patients' experiences of their personal strengths through illness and recovery. (Rotegård, 2012)	E			T
812	Have a little faith: measuring the impact of illness on positive and negative aspects of faith. (Salsman, 2012)		E		I
813	The changing hope trajectory in patients with advanced-stage cancer: a nursing perspective. (Sanders, 2012)		E		I

814	'Do not worry, it hurts!'-psychological preparation for medical procedures in pediatric oncology. (Schepper, 2012)	E			P
815	One Step at a Time: Self-Management and Transitions Among Women With Ovarian Cancer. (Schulman-Green, 2012)			I	
816	Living through gynaecological cancer: three typologies. (Sekse, 2012)		E		I
817	Effects of personal meaning among patients in primary and specialized care: associations with psychosocial and physical outcomes. (Sherman, 2012)		E		IO
818	News. (Sherman, 2012)			E	PIO
819	Working while receiving chemotherapy: a survey of patients' experiences and factors that influence these. (Shewbridge, 2012)		E		PIO
820	Social support as influencing primary family caregiver burden in Taiwanese patients with colorectal cancer. (Shieh, 2012)	E			P
821	Of time and troubles: Patient involvement and the production of health care disparities. (Sinding, 2012)	E			IO
822	Patient-healthcare provider communication: perspectives of African American cancer patients. (Song, 2012)			I	
823	Fatigue in patients undergoing chemotherapy, their self-care and the role of health professionals: A qualitative study. (Spichiger, 2012)		I		
824	A Path Analysis: A Model of Depression in Korean Women With Breast Cancer-Mediating Effects of Self-Esteem and Hope. (Tae, 2012)	E			IO
825	Need for psychological follow-up among young adult survivors of childhood cancer. (Taylor, 2012)	E			P
826	Gynecological cancer patients' differentiated use of help from a nurse navigator: a qualitative study. (Thygesen, 2012)		I		
827	Changes to sexual well-being and intimacy after breast cancer. (Ussher, 2012)	E			IO
828	Superusers in Social Networks for Smoking Cessation: Analysis of Demographic Characteristics and Posting Behavior From the Canadian Cancer Society's Smokers' Helpline Online and StopSmokingCenter.net. (van Mierlo, 2012)	E			IO
829	Meeting patient needs with a risk-stratified colorectal cancer follow-up. (W, 2012)		I		
830	Hospice decision making: diagnosis makes a difference. (Waldrop, 2012)	E			IO
831	Giuliana & bill: together through breast cancer. (Webb, 2012)		E		IO
832	Taking care of second cancer risk. (Wilkins, 2012)	E			T

833	The protective impact of optimistic expectations in male cancer patients. (Zenger, 2012)	E			I
834	A comparative descriptive study examining the perceptions of cancer patients, family caregivers, and nurses on patient symptom severity in Turkey. (Akin, 2013)		E		IO
835	Crenças e resiliência em pacientes sobreviventes de leucemia [portuguese]. (Alves Naressi, 2013)	E			I
836	Knowledge Central. (Beach, 2013)		E		IO
837	Benefit finding through caring: the cancer caregiver experience. (Cassidy, 2013)		E		P
838	An online Symptom Care and Management System to monitor and support patients receiving chemotherapy: A pilot study. (Chan, 2013)			I	
839	The contribution of general and cancer-related variables in explaining physical activity in a breast cancer population 3 weeks to 6 months post-treatment. (Charlier, 2013)		E		I
840	Entering a World with No Future: A phenomenological study describing the embodied experience of time when living with severe incurable disease. (Ellingsen, 2013)		E		IO
841	Rethinking the Factors of Success: Social Support and Community Coalitions. (Haithcox-Dennis, 2013)		E		T
842	Identification of psychological symptoms and associated factors in adolescents who have a parent with cancer in Turkey. (Küçükoğlu, 2013)	E			P
843	The psychosocial impact of stigma in people with head and neck or lung cancer. (Lebel, 2013)	E			I
844	Development and Qualitative Evaluation of a Self-Management Workshop for Testicular Cancer Survivor-Initiated Follow-up. (Martin, 2013)		I		
845	Factors Influencing Health Behaviors of Younger Women After Menopause-Inducing Cancer Treatment. (McCarthy, 2013)	E			IO
846	End-of-Life Care in Hematology: Update From Australia. (McGrath, 2013)	E			I
847	Self-efficacy and fear of cancer progression during the year following diagnosis of breast cancer. (Melchior, 2013)		E		I
848	Estratégia educativa vivenciada com mulheres mastectomizadas: relato de experiência [Portuguese]. (Moreira, 2013)			E	I
849	Music's Relevance for Children With Cancer: Music Therapists' Qualitative Clinical Data-Mining Research. (O'Callaghan, 2013)	E			P
850	The role of informal caregivers during cancer patients' recovery from chemotherapy. (Ockerby, 2013)	E			P
851	Engagement with automated patient monitoring and self-management support calls: experience with a thousand chronically ill patients. (Piette, 2013)		E		I

852	Cancer patients' evaluation of communication: a report from the population-based study 'The Cancer Patient's World'. (Ross, 2013)		E		I
853	Effects of an internet support system to assist cancer patients in reducing symptom distress: a randomized controlled trial. (Ruland, 2013)		I		
854	Reflection. Breastless and braless by choice. (Sealy, 2013)		E		T
855	Satisfaction with health status among cyber patients: testing a mediation model of electronic <i>coping</i> support. (Seçkin, 2013)		E		I
856	Health behaviour advice to cancer patients: the perspective of social network members. (Williams, 2013)		E		I
857	The association between perceived social support and continued smoking in cancer survivors. (Yang, 2013)		E		I

Anexo VII – Formulários de revisão crítica dos estudos

Formulário de Revisão Crítica – Estudos Quantitativos

Adaptado de Law *et al.* (1998), Caldwell, Henshaw e Taylor (2005), e Caldwell, Henshaw e Taylor (2011)

ESTUDO 1

<p>COLEMAN, E. [et al.] – The effect of telephone social support and education on adaptation to breast cancer during the year following diagnosis. Oncology Nursing Forum. Vol. 32, n.º 4, (2005), p. 822-9.</p>	
<p>O título reflete o seu conteúdo? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os autores são credíveis (i.e., apresentam habilitações académicas ou ligação a alguma atividade profissional de relevância para a investigação)? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>O resumo sintetiza os pontos principais do estudo? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>REVISÃO DA LITERATURA: A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>A revisão da literatura está compreensível? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>A revisão da literatura está atualizada? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Descreva a pertinência deste estudo. As mulheres com cancro da mama vivem momentos de <i>stress</i> emocional, perturbações de humor, ansiedade, confusão, depressão (Longman, Braden, e Mishel, 1999, cit. por Coleman <i>et al.</i>, 2005), diminuição da sensação de bem-estar (Kahn e Steeves, 1993, cit. por Coleman <i>et al.</i>, 2005) e dificuldades em manter os relacionamentos com as outras pessoas. Este estudo é pertinente, uma vez que, procura perceber qual a eficácia do suporte social, proporcionado por enfermeiros especializados na área de oncologia, a nível do bem-estar emocional e na adaptação ao cancro da mama.</p>
<p>OBJETIVOS/ FINALIDADE DO ESTUDO: Está claramente descrito? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Descreva os objetivos/finalidade do estudo. Como é que este estudo se aplica à sua questão de investigação? Avaliar a eficácia do suporte social realizado através de contacto telefónico e do suporte informativo, com recurso a um pacote, na promoção da adaptação interpessoal e emocional ao cancro da mama. Dado que o estudo se trata de testar uma intervenção desenvolvida por enfermeiros no âmbito do suporte social a doentes oncológicos, este estudo é de máxima importância para dar resposta à questão de investigação identificada.</p> <p>Existe alguma hipótese formulada? Se sim, descreva. 1. Comparativamente com o grupo de controlo, o grupo de intervenção teria menores perturbações de humor, menos medo relacionado com o cancro, menos <i>stress</i>, maior bem-estar e melhor qualidade no relacionamento com as outras pessoas significativas. 2. As mulheres afro-americanas e caucasianas do estado de Arkansas apresentariam resultados similares face à intervenção. 3. As mulheres do Arkansas e New Jersey apresentariam resultados similares em relação à intervenção.</p>
<p>DESENHO: <input checked="" type="checkbox"/> Experimental <input type="checkbox"/> Quasi-experimental</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Randomizado <input type="checkbox"/> Coorte <input type="checkbox"/> Estudo de caso único <input type="checkbox"/> Pré e pós intervenção <input type="checkbox"/> Caso-controle <input type="checkbox"/> Estudo de caso <input type="checkbox"/> Descritivo</p>	<p>Descreva o desenho do estudo. Este desenho está adequado à pergunta do estudo? (i.e., pelo nível do conhecimento sobre o assunto, desfechos, questões éticas, etc.) Os participantes do estudo foram alocados aos grupos (grupo de controlo e grupo de intervenção) através de um processo de randomização, tendo sido aplicada e avaliada a eficácia de uma intervenção de suporte social através do telefone em doentes com cancro da mama. O desenho do estudo é adequado dado o nível de conhecimento sobre o assunto e também porque se</p>

<input type="checkbox"/> Correlacional <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Longitudinal	<p>pretende testar com rigor uma intervenção numa população, que neste caso é constituída por doentes com cancro da mama. O desenho do estudo está adequado aos desfechos que pretende medir, dado que existem instrumentos desenvolvidos para esse efeito.</p>
<p>METODOLOGIA:</p> <p>AMOSTRA: N= 106 A amostra foi descrita detalhadamente? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A amostra é representativa da população? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>Amostragem (quem; características; quantos; como foi formada a amostra?). Havia mais de um grupo? A amostra foi formada no estado de <i>Arkansas</i> e composta por mulheres com capacidade para falar em inglês, diagnosticadas com cancro da mama, com nódulos e/ou metástases em fase 0, I, II ou III, sem problemas médicos subjacentes (por exemplo, doença cardíaca ou renal) ou história prévia de cancro (à exceção do cancro de pele não melanoma) e com duas ou quatro semanas pós-cirurgia no momento da entrada no estudo. As mulheres selecionadas para o estudo foram referenciadas pelo programa de recuperação da divisão do <i>Arkansas</i> da Sociedade Americana do Cancro e através de hospitais nas zonas urbanas e rurais. Para testar o efeito da intervenção nos dois grupos étnicos (mulheres afro-americanas e mulheres caucasianas), o recrutamento de mulheres afro-americanas foi planeado no sentido de assegurar um tamanho da amostra suficiente.</p> <p>Prevendo uma perda nos elementos da amostra na ordem dos 10%, os autores planearam o recrutamento de 110 participantes, dado que 50 participantes por grupo iria garantir um poder de análise de 0,80, um alfa de 0,05 e um tamanho de efeito estimado em 0,08.</p> <p>Quais as características da amostra? Foram selecionados 106 participantes, não tendo sido verificadas diferenças significativas entre os grupos em relação aos dados sociodemográficos. As mulheres do grupo experimental apresentaram uma média de idades de 57 anos e as do grupo de controlo 58 anos e eram maioritariamente caucasianas, casadas e com rendimentos anuais superiores a 50,000\$.</p> <p>Em relação aos dados clínicos, as mulheres do grupo experimental apresentaram na sua maioria tumores em fase II, enquanto que as do grupo de controlo tumores em fase I ($\chi^2 = 8.7, p = .03$). Durante o estudo, o tratamento realizado pelos participantes (radioterapia ou quimioterapia) não foi diferente entre os grupos, à exceção da fase II do estudo onde grande parte das mulheres do grupo experimental receberam quimioterapia ($\chi^2 = 6.9, p = .008$).</p> <p>Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos em relação às restantes variáveis analisadas, nomeadamente o tipo de cirurgia.</p> <p>Em relação às características do grupo de comparação, constituído por 91 mulheres de <i>New Jersey</i>, não se registaram diferenças significativas em comparação com as mulheres do grupo de intervenção deste estudo, à exceção do nível de escolaridade visto que os participantes apresentaram um menor nível de escolaridade ($\bar{X} = 13.31, DP = 2.16$) do que a amostra de <i>New Jersey</i> ($\bar{X} = 14.21, DP = 2.47$) ($t = 2.72, df = 195, p = .007$) e um maior número de mulheres em <i>New Jersey</i> relataram um rendimento do agregado familiar superior a \$50,000 ($n=47$) do que a amostra do presente estudo ($n=30$) ($\chi^2 = 16.67, p = .01$). A amostra deste estudo apresentou também um maior número de mulheres com tumores em estadio II e III ($n=48$) do que a amostra de <i>New Jersey</i> ($n=29$) ($\chi^2 = 8.42, p = .04$).</p>

<p>Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Houve abandono do estudo por parte de algum dos participantes? Porquê? (Os motivos foram esclarecidos e os abandonos foram adequadamente abordados?)</p> <p>No grupo experimental verificou-se a perda de 10 elementos da amostra e no grupo de controlo uma perda de 2 elementos.</p>
<p>INTERVENÇÃO:</p> <p>A intervenção está descrita detalhadamente?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrita</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p>	<p>Descreva os procedimentos éticos. Os participantes assinaram o termo de consentimento?</p> <p>Foi enviado um documento com a descrição do estudo e, antes do processo de randomização, todos os participantes preencheram um consentimento informado.</p> <p>O estudo foi aprovado pela Universidade das Ciências Médicas do Arkansas em <i>Little Rock</i> e pela Universidade <i>William Paterson</i> em <i>New Jersey</i>.</p> <p>Descreva sucintamente a intervenção (foco da intervenção, quem a realizou, com que frequência, local / contexto clínico).</p> <p>Durante 13 meses, enfermeiros da área da oncologia efetuaram suporte social por telefone no sentido de providenciar apoio a mulheres diagnosticadas com cancro da mama durante as fases de maiores necessidades (Samarel e Fawcett, 1992, cit. por Coleman <i>et al.</i>, 2005).</p> <p>Deste modo, na fase I do estudo, ou seja, durante os primeiros 3 meses após a cirurgia, cada participante do grupo experimental recebeu, semanalmente, suporte social através de contacto telefónico. Nestes contactos, os enfermeiros tinham as seguintes funções:</p> <p>Na fase II do estudo a intervenção anterior foi prolongada até aos cinco meses, ou seja durante mais 8 semanas, tendo sido adicionado suporte informativo relacionado com a adaptação ao diagnóstico e ao tratamento. Esta intervenção foi realizada com o recurso a um <i>pacote</i> continha um manual com conteúdo informativo e materiais suplementares (gravações áudio, vídeos e panfletos). O manual consistia numa narrativa que incluía informação específica sobre o autoconceito e sobre o Modelo da Adaptação de Roy (Roy e Andrews, 1991 cit. por Coleman <i>et al.</i>, 2005) que retrata as pessoas como seres biopsicossociais obrigados a adaptar-se aos estímulos ambientais. O manual continha também exercícios específicos e atividades para facilitar a aprendizagem, e também uma lista de livros importantes. O conteúdo do manual foi dividido por oito capítulos, cada um discutido ao longo das oito semanas da fase II do estudo.</p> <p>Durante a fase III, à medida que o tempo desde a cirurgia foi passando, o suporte social por telefone foi reduzido a dois contactos por mês até aos 8 meses após a cirurgia.</p> <p>Para assegurar a consistência e homogeneidade durante a intervenção, os enfermeiros que implementaram a intervenção, participaram numa sessão de treino usando os mesmos materiais fornecidos aos participantes, à exceção de um manual desenvolvido pelos investigadores que continha também uma lista de objetivos e sugestões de leituras para cada tópico.</p> <p>Para validar o conteúdo e a forma como foi divulgada a intervenção, foram consultados grupos de suporte e especialistas em oncologia e em educação sobre o cancro.</p>
<p>A “contaminação” foi evitada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p>	<p>O grupo de controlo não recebeu nenhuma outra intervenção, além da entrega do pacote de suporte formal educativo aproximadamente às oito semanas após o início do estudo, ou cerca de 3 meses após a cirurgia. As mulheres do grupo de controlo foram informadas de que poderiam contactar</p>

<p>A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, se a as variáveis parasitas foram controladas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>PROCEDIMENTO DE RECOLHA DOS DADOS E INSTRUMENTOS:</p> <p>As medidas utilizadas estão descritas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>As medidas apresentam validade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>As medidas apresentam fidelidade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim²</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>gratuitamente os enfermeiros, caso tivessem alguma dúvida relacionada com o conteúdo do pacote.</p> <p>Não foram recolhidos dados relativos a outros recursos de suporte que as pessoas pudessem estar a usar e que pudessem influenciar os resultados.</p> <p>A intervenção realizada pode ser utilizada na prática clínica?</p> <p>Sim.</p> <p>Descreva os instrumentos utilizados na recolha dos dados e as suas propriedades métricas (fidelidade e validade).</p> <p>Os dados foram recolhidos por correio eletrónico em cinco momentos diferentes: no início do estudo (i.e. 2 a 4 semanas após a cirurgia) e no fim das fases I, II, III e IV. Cada questionário foi enviado aos participantes e um investigador assistente sem conhecimento do desenho do estudo, contactou os participantes por telefone para informar sobre o envio dos questionários e para pedir a continuação no estudo, não tendo fornecido qualquer suporte informativo ou educativo.</p> <p>– Profile of Mood States (POMS) (McNair <i>et al.</i>, 1971, cit. por Coleman <i>et al.</i>, 2005): utilizado para avaliar as perturbações de humor. Este instrumento inclui 65 itens distribuídos por 6 subescalas: Tensão-Ansiedade, Depressão-Desânimo, Raiva-Hostilidade, Vigor-Atividade, Fadiga-Imobilidade e Confusão-Desorientação. Cada item está pontuado numa escala tipo Likert, variando entre 0 (não de todo) a 4 (extremamente). Os indivíduos responderam às questões com base nas experiências das semanas anteriores. A pontuação de cada subescala foi obtida pelo somatório das respostas, sendo que 10 dos 65 itens foram pontuados negativamente, e portanto o resultado variou entre -32 (melhor resultado) a +232 (pior resultado).</p> <p>O instrumento é válido dado que foi analisada a sua validade de conteúdo e de critério por Sutherland, Lockwood, e Cunningham (1989 cit. por Coleman <i>et al.</i>, 2005).</p> <p>O instrumento apresenta fidelidade estabelecida por McNair <i>et al.</i> (1971, cit. por Coleman <i>et al.</i>, 2005) com propriedade de consistência interna (K-R₂₀) das seis subescalas entre 0,84 e 0,95. Neste estudo, o coeficiente alfa de Cronbach apresentou um valor de 0,93.</p> <p>– Visual Analogue Scale-Worry (VAS-W): utilizada para avaliar o medo relacionado com o cancro. Este instrumento foi desenvolvido pelos investigadores do estudo de acordo com as instruções de Gift's (1989 cit. por Coleman <i>et al.</i>, 2005) que determinam a frequência e intensidade do medo, sentimentos e preocupações com o cancro da mama.</p> <p>O instrumento consiste em duas linhas verticais de 100 milímetros, cada uma representando uma dimensão (i.e. frequência ou intensidade) do medo relacionado com o cancro, em que cada extremidade apresenta uma frase descritiva (i.e., “não me preocupa nada” e “preocupa-me constantemente”).</p> <p>Os participantes responderam, indicando a frequência ou intensidade do medo relacionado com o cancro que tinham experienciado nas semanas anteriores. A</p>
--	--

² Não está descrita qualquer referência à fidelidade do instrumento *Visual Analogue Scale-Worry*.

	<p>pontuação final foi adquirida pelo cálculo em milímetros desde o valor nulo até à resposta dos participantes, perfazendo um total entre 0 (i.e. baixa frequência e intensidade) até 200 (i.e. alta frequência e intensidade).</p> <p>– Relationship Change Scale (RCS): utilizada para avaliar a percepção da pessoa em relação à satisfação, comunicação, confiança, sensibilidade, abertura e entendimento nos relacionamentos com outras pessoas significativas (Guerney, 1977, cit. por Coleman <i>et al.</i>, 2005).</p> <p>O instrumento original é composto por 27 itens, no entanto os investigadores do presente estudo omitiram 2 itens relacionados com os relacionamentos sexuais e intimidade dado que, neste estudo, “outras pessoas significativas” referia-se não apenas ao companheiro. Cada item foi pontuado em cinco valores, variando de -2 (muito menos) a +2 (muito mais). Os valores dos 25 itens da escala variaram entre -50 (muito menos) a +50 (muito mais), com pontuações inferiores a zero indicando mudanças positivas e pontuações superiores a zero mudanças negativas nos relacionamentos. Os participantes responderam ao instrumento com base nos relacionamentos desde o diagnóstico do cancro da mama, sendo que as mulheres que não mantinham relacionamento com outras pessoas não preencheram o instrumento.</p> <p>A validade do instrumento é suportada pelas conclusões de Rappaport (1976, cit. por Coleman <i>et al.</i>, 2005). O instrumento apresenta fidelidade com consistência interna (alfa de Cronbach de 0,95) estabelecido numa outra amostra de 181 mulheres com cancro da mama (Samarel, Fawcett e Tulman, 1997, cit. por Coleman <i>et al.</i>, 2005) e nestes estudo com um coeficiente de 0,97.</p> <p>– University of California, Los Angeles, Loneliness Scale-Version4 (UCLA-3): utilizada para avaliar os sentimentos de solidão (Russell, 1982, cit. por Coleman <i>et al.</i>, 2005). O instrumento é composto por 20 itens numa escala tipo Likert, com valores entre 1 (nunca) a 4 (sempre). A pontuação total variou entre 20 e 80 através da soma não-ponderada dos 20 itens, onde maiores pontuações indicavam uma maior solidão.</p> <p>O instrumento apresentou um alfa de Cronbach de 0,87 num estudo anterior (Oshagan e Allen, 1992, cit. por Coleman <i>et al.</i>, 2005) e 0,92 no presente estudo.</p> <p>– Symptom Experience Scale (SES): utilizada para avaliar os sintomas de doentes com cancro da mama (McCorkle and Young, 1978, cit. por Coleman <i>et al.</i>, 2005). O instrumento é composto por 24 itens pontuados numa escala tipo Likert variando entre 0 (ausência do sintoma) e 4 (maior frequência, intensidade ou <i>stress</i>). As pontuações dos itens foram somadas para obter as pontuações das três subescalas (i.e. frequência, intensidade e <i>stress</i>) cada uma com possibilidade de valores entre 0 e 32. A pontuação total da escala foi obtida através do somatório das três subescalas, perfazendo um valor entre 0 e 96, em que valores mais altos correspondiam a um maior número de sintomas.</p> <p>O instrumento apresenta validade e fidelidade com um alfa de Cronbach de 0,94 e correlações entre subescalas de 0,21 a 0,56 (Samarel <i>et al.</i>, 1996, cit. por Coleman <i>et al.</i>, 2005). Neste estudo, o instrumento apresentou uma consistência interna de 0,95.</p>
--	---

<p>PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS: Os métodos de análise de dados estão descritos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>– Os processos clínicos foram consultados para recolher dados demográficos clínicos sobre os elementos da amostra.</p> <p>Descreve as estratégias de análise de dados? Que tipos de análises estatísticas são realizados? (descritiva, inferencial, etc.) São adequadas ao tipo de estudo e ao nível de medida? Foram utilizados testes <i>t</i> para avaliar as diferenças entre os dois grupos e para testar a hipótese de que o grupo experimental teria menor distúrbios de humor, menor medo relacionado com o cancro, menos sintomas <i>stressantes</i>, maior bem-estar e melhor qualidade no relacionamento com outras pessoas significativas quando comparados com os participantes do grupo de controlo que apenas beneficiou do pacote. Foram também utilizadas análises multivariadas de dados. As estratégias de análise de dados são adequadas ao estudo.</p>
<p>RESULTADOS: Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Quais foram os resultados encontrados? Foram estatisticamente significativos (i.e., $p < 0,05$)? Se não, o estudo incluiu uma amostra grande o suficiente para evidenciar uma diferença importante, caso ela tenha ocorrido? No caso de múltiplos resultados, isso foi considerado para a análise estatística? Qual a importância clínica dos resultados? Houve diferença clinicamente significativa entre grupos? (se isso se aplica ao estudo)</p> <p>A aplicação dos testes <i>t</i> não revelou diferenças estatisticamente significativas em todas as fases do estudo no que respeita aos <i>outcomes</i> avaliados. A análise multivariada de dados não revelou diferenças significativas. No entanto, ambos os grupos obtiveram uma melhoria significativa no humor ($p = .001$), nos sintomas ($p < .001$) e nos relacionamentos com outras pessoas significativas ($p = .023$).</p> <p>Apesar disto, as diferenças que ocorreram foi entre as mulheres que efetuaram apenas remoção do nódulo mamário e as que fizeram mastectomia, isto é, as mulheres que atravessaram um processo de mastectomia relataram mais sintomas no final da fase II ($t = -2.1, p = .04$) e uma mudança muito positiva nos relacionamentos com outras pessoas significativas no final da fase III ($t = -2.2, p = .03$).</p> <p>A segunda hipótese de que as mulheres afro-americanas e caucasianas não se diferenciariam quanto aos resultados não foi testada porque, apesar de a amostra ser representativa da distribuição étnica de mulheres afro-americanas no estado de Arkansas, os investigadores não foram capazes de obter um número suficiente de mulheres afro-americanas para realizar os testes.</p> <p>A terceira hipótese de que as respostas das mulheres do estado de Arkansas e New Jersey não demonstrariam diferenças foi testada através da comparação dos dados recolhidos neste estudo com os dados de um estudo anterior (Samarel <i>et al.</i>, 2002).</p>
<p>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS: As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os resultados do estudo são generalizáveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>O que o estudo concluiu? Os resultados do estudo não suportam a hipótese de que os participantes do grupo experimental (i.e. o grupo que beneficiou de 13 meses de suporte social através de telefone e suporte informativo através de pacote) teriam menor distúrbios de humor, menor medo relacionado com o cancro, menos sintomas <i>stressantes</i>, maior bem-estar e melhor qualidade no relacionamento com outras pessoas significativas quando comparados com os participantes do grupo de controlo que apenas beneficiou do pacote. Contrariamente aos resultados deste estudo, um estudo semelhante realizado a uma amostra em New Jersey comprovou melhorias estatisticamente significativas.</p>

<p>A importância clínica está descrita?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>Quais as implicações desses resultados para a prática clínica?</p> <p>Os autores afirmam que o uso do pacote parece ser tão eficaz como o uso do pacote juntamente com o suporte social através de contacto telefónico e, portanto, a utilização apenas do pacote talvez seja mais eficiente em termos de custo-eficácia.</p> <p>Quais foram as principais limitações ou erros no estudo?</p> <p>As limitações deste estudo foram a falta de um grupo de comparação em que os participantes recebessem os cuidados habituais de modo a comparar a eficácia de ambos os métodos de intervenção (i.e. o suporte informativo com ou sem suporte social via telefone).</p> <p>Além disto, não foram recolhidos dados relativos a outros recursos de suporte que as pessoas pudessem estar a usar e que pudessem influenciar os resultados. De facto, o próprio recrutamento dos participantes para o estudo foi efetuado com recurso ao Programa de Recuperação da Sociedade Americana do Cancro, ou seja, um grupo de suporte.</p> <p>Por fim, uma grande proporção de mulheres no grupo experimental foi submetida a tratamento de quimioterapia no final da fase II do estudo, o que pode ter influenciado os resultados, ou seja, os participantes que estavam a fazer quimioterapia podiam ter recebido suporte de outro enfermeiro e/ou médico.</p>
--	--

Formulário de Revisão Crítica – Estudos Quantitativos

Adaptado de Law *et al.* (1998), Caldwell, Henshaw e Taylor (2005), e Caldwell, Henshaw e Taylor (2011)

ESTUDO 2

<p>CHO, O.; YOO, Y.; KIM, N. – Efficacy of comprehensive group rehabilitation for women with early breast cancer in South Korea. Nursing & Health Sciences. Vol. 8, n.º 3, (2006), p. 140-146.</p>	
<p>O título reflete o seu conteúdo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os autores são credíveis (i.e., apresentam habilitações académicas ou ligação a algum atividade profissional de relevância para a investigação)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>O resumo sintetiza os pontos principais do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>REVISÃO DA LITERATURA:</p> <p>A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>A revisão da literatura está compreensível?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>A revisão da literatura está atualizada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>OBJETIVOS/ FINALIDADE DO ESTUDO:</p> <p>Está claramente descrito?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Descreva a pertinência deste estudo.</p> <p>Existem cada vez mais mulheres diagnosticadas na fase inicial de cancro da mama, pelo que a reabilitação destas doentes tem assumido grande importância. A mastectomia é o tratamento mais frequente, no entanto, estas pessoas podem sofrer de vários sintomas e mudanças que poderão influenciar a vida diária e por conseguinte a qualidade de vida (King <i>et al.</i>, 2000, cit. por Cho <i>et al.</i>, 2006). Dado que a qualidade de vida das mulheres mastectomizadas é afetada pela adaptação física e psicossocial à doença, é necessário promover a capacidade funcional e a sua adaptação psicossocial.</p> <p>No momento da realização do presente estudo, não existiam estudos que avaliassem o efeito de programas de reabilitação em mulheres com cancro da mama na Coreia do Sul.</p> <p>Descreva os objetivos/finalidade do estudo. Como é que este estudo se aplica à sua questão de investigação?</p> <p>Avaliar a eficácia de um programa de reabilitação na amplitude de movimento do ombro afetado, na adaptação psicossocial e na qualidade de vida em mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama.</p> <p>Este estudo aplica-se à questão de investigação desta revisão porque avalia a eficácia de um programa em que, parte dele, é constituído por suporte informativo desenvolvido por enfermeiros e outros profissionais, e que visa a adaptação psicossocial e a qualidade de vida nas mulheres com cancro da mama.</p> <p>Existe alguma hipótese formulada? Se sim, descreva.</p> <p>Não existe nenhuma hipótese formulada.</p>
<p>DESENHO:</p> <p><input type="checkbox"/> Experimental</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Quasi-experimental</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Randomizado</p> <p><input type="checkbox"/> Coorte</p> <p><input type="checkbox"/> Estudo de caso único</p> <p><input type="checkbox"/> Pré e pós intervenção</p> <p><input type="checkbox"/> Caso-controle</p> <p><input type="checkbox"/> Estudo de caso</p> <p><input type="checkbox"/> Descritivo</p> <p><input type="checkbox"/> Correlacional</p> <p><input type="checkbox"/> Outro</p> <p><input type="checkbox"/> Transversal</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Longitudinal</p>	<p>Descreva o desenho do estudo. Este desenho está adequado à pergunta do estudo? (i.e., pelo nível do conhecimento sobre o assunto, resultados, questões éticas, etc.)</p> <p>Trata-se de um estudo quasi-experimental com grupo de controlo não equivalente.</p> <p>Os participantes do estudo foram alocados aos grupos através de um processo de randomização, tendo sido avaliada a eficácia de uma intervenção baseada num programa de reabilitação desenhado para esta população.</p> <p>O desenho do estudo é adequado dado o nível de conhecimento sobre o assunto e porque se pretende testar com rigor uma intervenção numa amostra, que neste caso é as mulheres com cancro da mama. O estudo está adequado aos resultados que pretende medir, dado que existem instrumentos desenvolvidos para esse efeito.</p>

<p>METODOLOGIA:</p> <p>AMOSTRA: N=65 A amostra foi descrita detalhadamente? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A amostra é representativa da população? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Amostragem (quem; características; quantos; como foi formada a amostra?). Havia mais de um grupo? Foram emparelhados? Os participantes foram recrutados a partir de um hospital no sul da Coreia entre outubro de 2002 e dezembro de 2002. Os critérios de inclusão foram doentes com confirmação histológica de cancro da mama em estado inicial (fase I, II) sem evidência de recidiva ou doença progressiva, até dois anos após a mastectomia, tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia completa com ou sem terapia hormonal e sem doença mental ou doença sistémica.</p> <p>Neste estudo seriam necessários 25 participantes em cada grupo para detetar um tamanho de efeito alargado ($d = 0.80$) com um poder de efeito de 0,80 e $\alpha < .05$. No sentido de compensar as possíveis perdas de elementos na amostra ao longo do estudo, 65 participantes foram distribuídos aleatoriamente pelo grupo experimental ($n=34$) e pelo grupo de controlo em lista de espera ($n=31$).</p> <p>Quais as características da amostra? A amostra foi constituída por mulheres com uma média de idades de 49,1 anos e predominantemente casadas. A média de tempo decorrido desde o diagnóstico de cancro da mama até o início do estudo foi de 14,8 meses. Não foram identificadas diferenças significativas em relação aos dados demográficos entre os dois grupos, como também em relação às restantes variáveis medidas antes da intervenção. Os participantes do estudo foram recrutados a partir de um hospital no sul da Coreia, pelo que a amostra não foi representativa de toda a população no sul da Coreia e, por isso, influenciou a generalização dos resultados.</p> <p>Houve abandono do estudo por parte de algum dos participantes? Porquê? (Os motivos foram esclarecidos e os abandonos foram adequadamente abordados?) Dos 65 participantes, apenas 55 completaram o estudo (28 no grupo de intervenção e 27 no grupo de controlo) porque três apresentaram metástases e sete recusaram a sua participação.</p> <p>Descreva os procedimentos éticos. Os participantes assinaram o termo de consentimento? O protocolo de investigação foi aprovado pela Comissão de Ética em Investigação Médica da universidade do hospital. Foi obtido consentimento informado e foi mantido o anonimato e confidencialidade dos dados. O grupo de controlo criado ficou em lista de espera para receber a intervenção.</p>
<p>INTERVENÇÃO: A intervenção está descrita detalhadamente? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A “contaminação” foi evitada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>	<p>Descreva sucintamente a intervenção (foco da intervenção, quem a realizou, com que frequência, local / contexto clínico). O grande objetivo da intervenção desenvolvida foi promover a habilidade do doente a gerir a doença e os efeitos adversos do tratamento e promover a sua qualidade de vida. O programa foi desenvolvido por enfermeiros e implementado entre janeiro de 2003 e junho de 2003. A intervenção foi aplicada ao grupo experimental três vezes por semana durante 10 semanas e consistiu em suporte informativo, exercícios e atividades desenvolvidas por um grupo de apoio entre pares. O suporte informativo foi fornecido uma vez por semana durante 10 semanas e o conteúdo incluía o conhecimento sobre o cancro da mama, o tratamento e complicações, nutrição e dieta, sexualidade, prevenção e gestão do linfedema, cirurgia de reconstrução mamária, gestão da autoimagem, formas de gerir os relacionamentos, a comunicação e os restantes tratamentos para o cancro da mama. A cada participante foi fornecido um folheto onde constava o conteúdo das sessões de suporte</p>

<p>A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, se a as variáveis parasitas foram controladas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p>	<p>informativo. Esta primeira intervenção foi conduzida por especialistas (enfermeiros, cirurgiões, dietistas, entre outros). Em relação à intervenção no âmbito do exercício, apenas foi efetuada mediante a validação do seu conteúdo através de uma revisão da literatura e de contactos com especialistas. Esta intervenção foi implementada com o objetivo de fortalecer os músculos, manter um equilíbrio entre a força dos membros superiores e inferiores e foi dividida em exercícios de grupo e exercícios para realizar em casa. O exercício foi composto por aquecimento, exercício principal e relaxamento e foi desenvolvido em sessões de 90 minutos, duas vezes por semana durante 10 semanas. Os exercícios efetuados em casa foram à base de alongamentos com duas bolas elásticas, tendo sido demonstrados previamente através de explicações detalhadas contidas num folheto.</p> <p>As atividades desenvolvidas pelo grupo de apoio entre pares tinham como objetivo a partilha de experiências e foi realizada durante seis minutos de cada sessão, uma vez por semana durante 10 semanas.</p> <p>Após o fim do programa educativo, os investigadores formaram dois grupos, cada um com cerca de 15 participantes, e apresentaram um tópico para discussão durante duas semanas, deixando os participantes expressarem os seus sentimentos e as suas experiências.</p> <p>A intervenção realizada pode ser utilizada na prática clínica? A intervenção pode ser realizada na prática clínica.</p>
<p>PROCEDIMENTO DE COLHEITA DOS DADOS E INSTRUMENTOS:</p> <p>As medidas utilizadas estão descritas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>As medidas apresentam validade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>As medidas apresentam fidelidade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>Antes da intervenção, foram recolhidos dados relativos a características demográficas. A amplitude de movimento do ombro afetado, a adaptação psicossocial e a qualidade de vida foram medidas no início do estudo e ao fim das 10 semanas de intervenção.</p> <p>Descreva os instrumentos utilizados na recolha dos dados e as suas propriedades métricas (fidelidade e validade).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Amplitude de movimento articular do ombro: avaliada por um médico de saúde ocupacional através de um goniómetro. Os valores foram convertidos em percentagem, sendo a pontuação máxima (100%) atribuída aos valores normais de referência: flexão (180°), extensão (60°), abdução (180°), rotação externa (90°) e rotação interna (70°). – Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-Mac): foi utilizada uma versão modificada (Lee, 1999) da versão de Watson <i>et al.</i> (1994) constituída por 18 itens. O conteúdo do instrumento era relacionado com as atitudes dos doentes após o diagnóstico de doença oncológica, a aceitação ou raiva perante o cancro e o esforço e motivação para a autogestão da doença. As respostas para cada item foram pontuadas da seguinte forma: 1="nunca", 2="não", 3="sim", 4="muito". A validade do instrumento foi confirmada pelos estudos de Fukui <i>et al.</i> (2000) e Kissane <i>et al.</i>, (2003). O instrumento apresentou fidelidade com alfa de Cronbach entre 0,84 e 0,88. – Escala de avaliação da qualidade de vida de mulheres coreanas com cancro da mama (Chae e Choe, 2001): este instrumento consiste em 27 itens que incluem a avaliação de sintomas físicos, estado emocional e a esperança, avaliados através de uma escala visual analógica de 10 cm, em que valores mais altos representam uma maior qualidade de vida. A validade do questionário foi demonstrada por Chae e Choe (2001) e confirmada pelos investigadores através de um painel de discussões. A fiabilidade do instrumento foi verificada por Chae e Choe (2001) com

<p>PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS: Os métodos de análise de dados estão descritos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>uma consistência interna de 0,91 e neste estudo com um alfa de Cronbach de 0,91.</p> <p>Descreve as estratégias de análise de dados? Que tipos de análises estatísticas são realizados? (descritiva, inferencial, etc.) São adequadas ao tipo de estudo e ao nível de medida? Os dados foram analisados através do programa SAS, versão 8.1. Foram realizados testes qui-quadrado, testes <i>t</i> e o testes de Fisher para testar a homogeneidade das características entre os grupos experimental e de controlo no início do estudo. O teste <i>t</i> para amostras emparelhadas e o teste <i>t</i> para amostras independentes foi usado para comparar as diferenças nos resultados entre os grupos, antes e depois da intervenção. As estratégias de análise dos dados estão adequadas ao estudo.</p>
<p>RESULTADOS: Os resultados estão relatados em termos de significância estatística? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Quais foram os resultados encontrados? Foram estatisticamente significativos (i.e., $p < .05$)? Se não, o estudo incluiu uma amostra grande o suficiente para evidenciar uma diferença importante, caso ela tenha ocorrido? No caso de múltiplos resultados, isso foi considerado para a análise estatística? A amplitude de movimento do ombro afetado aumentou de 81,4% ($DP = 11.9\%$) antes da intervenção para 92,9% ($DP = 7.9\%$) após a intervenção no grupo experimental ($t = 7.73$; $p = .000$) representando uma melhoria de 11,5% ($DP = 7.8\%$), enquanto que no grupo de controlo não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, registando-se uma melhoria de apenas 1,3% ($DP = 4.8$). Quanto ao movimento de flexão verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em ambos os grupos de intervenção (de 90,7% no início para 95,0% após a intervenção; $t = 3.25$; $p = .003$) e de controlo (de 91,2% no início para 94,8% após a intervenção; $t = 3.17$; $p = .004$). No grupo de intervenção, verificaram-se melhorias significativas no movimento de extensão (de 67,9% no início para 90,2% após a intervenção; $t = 11.63$; $p = .000$), no movimento de abdução (de 85,0% no início para 91,4% após a intervenção; $t = 3.06$; $p = .005$), na rotação externa (de 90,1% no início para 96,8% após a intervenção; $t = 4.28$; $p = .000$) e na rotação interna (de 73,5% no início para 90,8% após a intervenção; $t = 4.64$; $p = .000$). Pelo contrário, os participantes do grupo de controlo não apresentaram diferenças significativas antes da intervenção e após a intervenção. As diferenças entre os grupos na extensão, abdução, rotação externa e rotação interna depois da intervenção foram significativas ($p = .000$, $p = .011$, $p = .006$, $p = .000$, respetivamente). Quanto à adaptação psicossocial, o grupo de intervenção obteve melhorias de 49,1 ($DP = 6.7$) pontos antes da intervenção para 52,1 ($DP = 7.9$) depois da intervenção ($t = 2.49$; $p = .019$), aumentando assim 2,9 pontos, ao passo que o grupo de controlo desceu 3 pontos, isto é, de 50,3 ($DP = 7.4$) para 47,3 ($DP = 5.5$) ($t = 2.48$; $p = .020$). As diferenças entre os dois grupos foram estatisticamente significativas ($t = 3.52$; $p = .000$). Em relação à qualidade de vida, o grupo de intervenção obteve um aumento de 6,2 pontos ($DP = 1.9$) antes da intervenção para 7,0 ($DP = 1.3$) depois da intervenção ($t = 3.61$; $p = .00$), mas o grupo de controlo não revelou diferenças significativas ($t = 0.67$; $p = .511$). As diferenças entre os dois grupos foram estatisticamente significativas ($t = 3.21$; $p = .002$).</p>
<p>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS: As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo? <input checked="" type="checkbox"/> Sim</p>	<p>O que o estudo concluiu? Os autores concluíram que o programa de reabilitação constituído por suporte informativo, exercício e atividades em grupos de apoio entre pares promove a recuperação da</p>

<input type="checkbox"/> Não Os resultados do estudo são generalizáveis? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito A importância clínica está descrita? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito	<p>amplitude do movimento articular do ombro, alivia a sintomatologia física e promove a adaptação psicossocial e, consequentemente, a qualidade de vida dos doentes com cancro da mama.</p> <p>Os autores sugerem que sejam desenvolvidos e aplicados programas para alcançar ganhos em saúde nas doentes com cancro da mama que necessitem de gerir a doença e o respetivo tratamento.</p> <p>Quais as implicações desses resultados para a prática clínica?</p> <p>O uso deste programa na prática clínica pode constituir-se como uma ferramenta útil, dado que se comprovaram os ganhos em saúde que dele podem ser obtidos.</p> <p>Quais foram as principais limitações ou erros no estudo?</p> <p>Os participantes do estudo foram recrutados a partir de um hospital no sul da Coreia, pelo que a amostra não foi representativa de toda a população no sul da Coreia e, por isso, influenciou a generalização dos resultados.</p>
---	--

Formulário de Revisão Crítica – Estudos Quantitativos

Adaptado de Law *et al.* (1998), Caldwell, Henshaw e Taylor (2005), e Caldwell, Henshaw e Taylor (2011)

ESTUDO 3

<p>GODINO, C. [et al.] – Nursing education as an intervention to decrease fatigue perception in oncology patients. European Journal Of Oncology Nursing: The Official Journal Of European Oncology Nursing Society. Vol. 10, n.º 2, (2006), p. 150-155.</p>	
<p>O título reflete o seu conteúdo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os autores são credíveis (i.e., apresentam habilitações académicas ou ligação a algum atividade profissional de relevância para a investigação)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>O resumo sintetiza os pontos principais do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>REVISÃO DA LITERATURA:</p> <p>A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>A revisão da literatura está compreensível?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>A revisão da literatura está atualizada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>OBJETIVOS/ FINALIDADE DO ESTUDO:</p> <p>Está claramente descrito?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Descreva a pertinência deste estudo.</p> <p>A fadiga é o sintoma mais comum associado ao tratamento do cancro e apresenta-se como um fator potencialmente negativo na qualidade de vida do doente (Ream <i>et al.</i>, 2003 cit. por Godino <i>et al.</i>, 2006) e dadas as suas dimensões (física, cognitiva e afetiva) pode afetar a sensação de bem-estar, as atividades de vida diária, os relacionamentos com a família e amigos e mesmo as habilidades para lidar com a doença como também para resistir ao próprio tratamento (Curt, 2000 cit. por Godino <i>et al.</i>, 2006).</p> <p>Os enfermeiros são responsáveis pela promoção das competências na autogestão dos doentes oncológicos através de processo educativos (Ream e Richardson, 1998 e Berger e Farr, 1999 cit. por Godino <i>et al.</i>, 2006), pelo que, segundo os autores, desenvolver intervenções de enfermagem educativas pode ser útil para aliviar a fadiga.</p> <p>Descreva os objetivos/finalidade do estudo. Como é que este estudo se aplica à sua questão de investigação?</p> <p>A finalidade do estudo foi determinar em que medida as intervenções educativas desenvolvidas por enfermeiros podiam diminuir a perceção de fadiga em pessoas com cancro gástrico ou do cólon.</p> <p>Os objetivos do estudo foram:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar o nível de fadiga e o grau de severidade durante e depois do tratamento de quimioterapia. 2. Avaliar o grau de satisfação dos doentes com a implementação de uma intervenção de enfermagem focada na diminuição da fadiga. <p>Este estudo aplica-se à questão de investigação desta revisão porque pode responder em que medida uma intervenção de enfermagem baseada em suporte informativo, pode trazer benefícios num dos sintomas do cancro (fadiga), que por sua vez tem impacto na autogestão da doença oncológica.</p> <p>Existe alguma hipótese formulada? Se sim, descreva.</p> <p>A hipótese do estudo era que o suporte informativo desenvolvido por enfermeiros iria diminuir a perceção da fadiga dos doentes diagnosticados com cancro gástrico ou do cólon.</p>
<p>DESENHO:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Experimental</p> <p><input type="checkbox"/> Quasi-experimental</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Randomizado</p> <p><input type="checkbox"/> Coorte</p> <p><input type="checkbox"/> Estudo de caso único</p> <p><input type="checkbox"/> Pré e pós intervenção</p> <p><input type="checkbox"/> Caso-controle</p>	<p>Descreva o desenho do estudo. Este desenho está adequado à pergunta do estudo? (i.e., pelo nível do conhecimento sobre o assunto, resultados, questões éticas, etc.)</p> <p>O estudo foi realizado num centro em Barcelona designado como “<i>comprehensive cancer centre</i>”, ou seja, um centro que participa em ensaios clínicos, estuda a prevenção e o controlo do cancro em largos grupos de pessoas, divulga informação</p>

<input type="checkbox"/> Estudo de caso <input type="checkbox"/> Descritivo <input type="checkbox"/> Correlacional <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Longitudinal	<p>sobre o cancro e têm médicos direcionados para a investigação laboratorial.</p> <p>Os participantes do estudo foram doentes com cancros gástricos ou do cólon que ainda não tinham começado tratamento incluindo a cirurgia e que tinham sido submetidos a quimioterapia no momento do estudo.</p> <p>O recrutamento dos participantes foi realizado na unidade de quimioterapia durante o primeiro tratamento, sendo distribuídos aleatoriamente por um processo de randomização em dois grupos, o experimental e o de controlo.</p> <p>Dado o nível de conhecimento sobre a matéria, este estudo (experimental e randomizado) apresenta-se adequado visto que visa a descoberta do efeito de uma intervenção e porque dispões de instrumentos de medida adequados aos <i>outcomes</i>.</p>
<p>METODOLOGIA:</p> <p>AMOSTRA: N=40 A amostra foi descrita detalhadamente? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A amostra é representativa da população? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>INTERVENÇÃO: A intervenção está descrita detalhadamente? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>	<p>Amostragem (quem; características; quantos; como foi formada a amostra?). Havia mais de um grupo? Foram emparelhados?</p> <p>Os critérios de inclusão da amostra foram doentes com: cancros gástricos e do cólon; idades entre 32 e 75 anos; índice de Karnofsky $\geq 70\%$; doentes sem tratamento prévio de quimioterapia; e capazes de assinar o consentimento informado. Os critérios de exclusão da amostra foram doentes com: tratamento prévio para o cancro e/ou com disfunções respiratórias, cardíacas ou hepáticas; dificuldades de aprendizagem; metastização do sistema nervoso central e tratamento prévio de radioterapia.</p> <p>Quais as características da amostra?</p> <p>A amostra foi constituída por 40 doentes: 23 no grupo experimental (12 homens e 11 mulheres) e 17 no grupo de controlo (nove homens e oito mulheres). A média de idades do grupo experimental foi de 58,5 anos ($DP = 11.34$) e do grupo de controlo foi de 62,7 anos ($DP = 8.8$). Em relação às habilitações académicas, o grupo experimental apresentou 11 participantes com ensino primário e o grupo de controlo oito participantes. A média do índice de Karnofsky no grupo experimental foi de 81,7 ($DP = 6.3$) e 78,1 ($DP = 19.3$) no grupo de controlo. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que respeita às suas características sociodemográficas e clínicas e em relação ao índice de Karnofsky.</p> <p>Houve abandono do estudo por parte de algum dos participantes? Porquê? (Os motivos foram esclarecidos e os abandonos foram adequadamente abordados?)</p> <p>Na terceira sessão, cada grupo ficou com menos 10 participantes porque a condição clínica foi agravada, impedindo-os de acabar o estudo.</p> <p>Descreva os procedimentos éticos. Os participantes assinaram o termo de consentimento?</p> <p>Todos os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento informado.</p> <p>Descreva sucintamente a intervenção (foco da intervenção, quem a realizou, com que frequência, local / contexto clínico).</p> <p>A intervenção foi implementada de julho de 2001 a setembro de 2002 e consistiu num programa educativo desenvolvido por enfermeiros e incluiu: educação, treino e aconselhamento como também a utilização de recursos multimédia.</p> <p>O programa desenvolveu-se em três sessões:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Na primeira sessão do programa, o grupo experimental recebeu um catálogo com informação geral e conselhos

<p>A “contaminação” foi evitada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p>	<p>específicos sobre a fadiga e a gestão da mesma. Os participantes receberam também um diário onde poderiam escrever as suas experiências e sentimentos relacionados com a fadiga.</p> <p>2. A segunda sessão consistiu na troca de informações entre o doente e o enfermeiro sobre a forma como o tratamento estava a decorrer, como é que estavam a adaptar-se aos efeitos adversos da quimioterapia e às atividades de vida. Esta discussão fez-se também com a leitura das notas no diário do doente.</p> <p>O suporte informativo abordou questões relacionadas com o <i>stress</i>, nutrição, mobilidade/atividade, repouso e adaptação às mudanças nos estilos de vida e foi implementada por um de quatro enfermeiros treinados previamente e seguindo um plano rigoroso no sentido de evitar viés e manter a consistência do estudo.</p> <p>Os participantes tinham toda a informação escrita numa pasta, juntamente com contactos telefónicos dos quatro enfermeiros do grupo de investigação e alguns nomes de associações que poderiam ser úteis.</p> <p>3. Nesta sessão foi efetuada uma discussão sobre as mudanças e perceções dos doentes em relação à fadiga ao longo do tratamento, através do uso das notas presentes nos diários dos participantes.</p>
<p>A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, se a as variáveis parasitas foram controladas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p>	<p>Os participantes de cada grupo foram estratificados com base no diagnóstico e diferenciados quanto ao tratamento: monoquimioterapia (5-fluorouracil) ou multiquimioterapia (5-fluorouracil + drogas platina). O objetivo foi homogeneizar os grupos, de modo a que os autores fossem capazes de controlar a variável “nível de fadiga” em relação a outras variáveis.</p> <p>Os autores referem que este controlo não foi totalmente conseguido, na medida em que poderão ter existido outras intervenções para além das previstas no plano experimental.</p>
<p>PROCEDIMENTO DE COLHEITA DOS DADOS E INSTRUMENTOS:</p> <p>As medidas utilizadas estão descritas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>As medidas apresentam validade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>As medidas apresentam fidelidade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>A intervenção realizada pode ser utilizada na prática clínica?</p> <p>Sim.</p> <p>Descreva os instrumentos utilizados na recolha dos dados e as suas propriedades métricas (fidelidade e validade).</p> <p>– Functional Assessment of Cancer Therapy Fatigue scores (FACT-F) (Yellen <i>et al.</i>, 1997): esta escala consiste em 28 itens que avaliam a qualidade de vida de doentes com cancro e outras doenças crónicas e inclui 13 itens sobre a fadiga. A versão espanhola da escala está dividida em cinco subescalas: bem-estar físico (7 itens); bem-estar social (7 itens); bem-estar emocional (6 itens); bem-estar funcional (7 itens) e fadiga (13 itens) (Yellen <i>et al.</i>, 1997 cit. por Godino <i>et al.</i>, 2006). Os valores de fadiga nesta escala não apresentam pontos de referência clínica, sendo que a interpretação da pontuação é inversamente proporcional, isto é, quanto maior o valor da pontuação, menor o nível de fadiga.</p> <p>Em estudos anteriores (Yellen <i>et al.</i>, 1997) esta escala apresentou, numa população com doentes oncológicos, propriedades psicométricas de validade relacionada com o critério ($r = 0.90$) e uma consistência interna considerável (alfa de Cronbach de 0,95).</p>

<p>PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS: Os métodos de análise de dados estão descritos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>– Satisfação com a intervenção: utilizando um questionário de autopreenchimento, que foi previamente alvo de um estudo piloto. Este instrumento incluiu 10 itens (i.e., como avalia a intervenção que recebeu sobre a fadiga? sentiu-se apoiado(a)? a informação escrita foi apropriada? Considera a intervenção útil?). Todos os itens foram avaliados numa escala de 0 a 10, onde os maiores valores significaram uma maior satisfação.</p> <p>A avaliação da satisfação com a intervenção de enfermagem foi efetuada mediante a entrega dos questionários a uma terceira pessoa de forma a manter o anonimato e evitar viés nas repostas pela presença do investigador.</p> <p>Descreve as estratégias de análise de dados? Que tipos de análises estatísticas são realizados? (descritiva, inferencial, etc.) São adequadas ao tipo de estudo e ao nível de medida? Os dados referentes à escala FACT-F foram introduzidos num programa desenvolvido pelo <i>Centre on Outcomes, Research and Education</i> (CORE) (Cella, 1997). A análise e processamento dos dados foi efetuada através do programa estatístico SPSS, versão 9.0.</p>
<p>RESULTADOS: Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p>	<p>Quais foram os resultados encontrados? Foram estatisticamente significativos (i.e., $p < 0,05$)? Se não, o estudo incluiu uma amostra grande o suficiente para evidenciar uma diferença importante, caso ela tenha ocorrido? No caso de múltiplos resultados, isso foi considerado para a análise estatística?</p> <p>Na primeira sessão, o grupo experimental apresentou níveis de fadiga de 110,52 pontos ($DP = 23.88$) e o grupo de controlo de 105,67 pontos ($DP = 26.52$). Na segunda sessão, a média dos níveis de fadiga no grupo experimental foi de 121,06 pontos ($DP = 20.09$). Por fim, na terceira sessão, os valores referentes à média dos níveis de fadiga no grupo experimental foram de 121,22 pontos ($DP = 24.70$) e no grupo de controlo foram de 105,13 ($DP = 12.67$).</p> <p>A satisfação do grupo experimental com a intervenção foi de 8,34 ($DP = 0.9$).</p> <p>Depois da intervenção, o nível de fadiga dos participantes do grupo experimental ao fim da segunda e terceira sessão diminuiu 11 <i>scores</i>. Pelo contrário, no grupo de controlo o nível de fadiga manteve-se igual.</p> <p>Não se verificaram diferenças significativas devido ao tamanho reduzido da amostra, no entanto, segundo os autores, estas alterações apresentam uma importância clínica relevante.</p>
<p>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS: As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os resultados do estudo são generalizáveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>A importância clínica está descrita?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p>	<p>O que o estudo concluiu?</p> <p>Neste estudo verificou-se uma diminuição nos níveis de fadiga dos doentes que participaram na intervenção, ao passo que os doentes no grupo de controlo mantiveram altos níveis de fadiga. O grau de satisfação com a intervenção foi elevado e os participantes sentiram-se apoiados durante o tratamento e apoiados a lidar com o <i>stress</i> da melhor forma possível.</p> <p>Quais as implicações desses resultados para a prática clínica?</p> <p>Os resultados demonstraram que uma intervenção de enfermagem de suporte informativo, desenvolvido por enfermeiros treinados, permite aos doentes clarificarem as suas dúvidas quanto ao tratamento e à doença e diminuir os níveis de fadiga.</p> <p>Quais foram as principais limitações ou erros no estudo?</p>

<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito	<p>Uma das principais limitações do estudo foi que apesar de se tratar de um estudo experimental, não foi possível comprovar que as diferenças encontradas foram unicamente causadas pela intervenção de enfermagem. Outros fatores, como a resposta ao tratamento podem ter influenciado os resultados, apesar de que em ambos os grupos os participantes com agravamento da doença foram similares em quantidade.</p> <p>Outra limitação do estudo foi que a intervenção de enfermagem foi ligeiramente desproporcional em relação às necessidades expressas pelos doentes em relação à fadiga. Por fim, o facto de não ser sempre o mesmo enfermeiro a implementar a intervenção, apesar os esforços realizados no treino dos quatro enfermeiros antes da implementação da intervenção, constituiu também outra limitação do estudo.</p>
--	---

Formulário de Revisão Crítica – Estudos Quantitativos

Adaptado de Law *et al.* (1998), Caldwell, Henshaw e Taylor (2005), e Caldwell, Henshaw e Taylor (2011)

ESTUDO 4

<p>BADGER, T. [et al.] – Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners. Nursing Research. Vol. 56, n.º 1, (2007), p. 44-53.</p>	
<p>O título reflete o seu conteúdo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os autores são credíveis (i.e., apresentam habilitações académicas ou ligação a algum atividade profissional de relevância para a investigação)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>O resumo sintetiza os pontos principais do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>REVISÃO DA LITERATURA:</p> <p>A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>A revisão da literatura está compreensível?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>A revisão da literatura está atualizada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>OBJETIVOS/ FINALIDADE DO ESTUDO:</p> <p>Está claramente descrito?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Descreva a pertinência deste estudo.</p> <p>Os tratamentos para o cancro alongaram os anos de vida das mulheres com cancro da mama, no entanto, estas continuam a sofrer substancialmente de sintomas psicologicamente negativos (por exemplo, depressão e ansiedade) durante o tratamento, influenciando significativamente a sua recuperação. Mulheres com sintomas de depressão e ansiedade têm mais efeitos adversos e mais dificuldades em lidar com os mesmos, fazendo com que a sua qualidade de vida diminua (Badger <i>et al.</i>, 2004 e Giese-Davis e Spiegel, 2003 cit. por Badger <i>et al.</i>, 2007). Além disto, as variações de humor, resultado da depressão e ansiedade, aumentam significativamente o risco de mortalidade das mulheres com cancro da mama (Schou <i>et al.</i>, 2004 cit. por Badger <i>et al.</i>, 2007).</p> <p>De acordo com estudos anteriores, intervenções a nível psicossocial podem promover o bem-estar emocional e a qualidade de vida das mulheres com cancro e respetivas pessoas significativas (Segrin <i>et al.</i>, 2005 e Segrin <i>et al.</i>, 2006 cit. por Badger, 2007).</p> <p>Descreva os objetivos/finalidade do estudo. Como é que este estudo se aplica à sua questão de investigação?</p> <p>O objetivo do estudo foi testar a hipótese de que as intervenções psicossociais poderiam diminuir a depressão e a ansiedade das mulheres com cancro da mama e das pessoas significativas. Assim, pretendeu-se avaliar de que forma a implementação de intervenções utilizando o telefone teriam efeitos positivos na qualidade de vida a nível do bem-estar psicológico, especialmente, em relação aos sintomas de depressão e ansiedade.</p> <p>Existe alguma hipótese formulada? Se sim, descreva.</p> <p>A hipótese do estudo foi que as intervenções a nível psicossocial diminuiriam os níveis de depressão e ansiedade de mulheres diagnosticadas com cancro da mama e respetivas pessoas significativas.</p>
<p>DESENHO:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Experimental <input type="checkbox"/> Quasi-experimental</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Randomizado <input type="checkbox"/> Coorte <input type="checkbox"/> Estudo de caso único <input type="checkbox"/> Pré e pós intervenção <input type="checkbox"/> Caso-controle <input type="checkbox"/> Estudo de caso <input type="checkbox"/> Descritivo <input type="checkbox"/> Correlacional <input type="checkbox"/> Outro</p>	<p>Descreva o desenho do estudo. Este desenho está adequado à pergunta do estudo? (i.e., pelo nível do conhecimento sobre o assunto, resultados, questões éticas, etc.)</p> <p>Neste estudo, os participantes foram selecionados na sua maioria durante o primeiro ou segundo ciclo de quimioterapia e, depois de terem assinado o consentimento informado, foram distribuídos aleatoriamente e estratificados pelo estadió da doença e pelo tratamento em três grupos: 38 mulheres e respetivas 38 pessoas significativas foram incluídas no grupo de intervenção TIP-C, 23 pares (mulher e respetiva pessoa significativa) foram alocados ao grupo de exercício e 35 ao grupo de controlo.</p>

<input type="checkbox"/> Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Longitudinal	O desenho do estudo é adequado ao conhecimento dado o seu baixo nível e o facto de se pretender verificar a eficácia de uma intervenção, para a qual os <i>outcomes</i> podem ser avaliados com instrumentos adequados.
<p>METODOLOGIA: AMOSTRA: N=192 A amostra foi descrita detalhadamente? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A amostra é representativa da população? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Amostragem (quem; características; quantos; como foi formada a amostra?). Havia mais de um grupo? Foram emparelhados? A amostra foi constituída por 96 mulheres diagnosticadas com cancro da mama e 96 pessoas significativas. Os participantes foram selecionados através de um centro local de tratamento para o cancro, de gabinetes médicos e de grupos de suporte. As pessoas podiam também voluntariar-se a participar no estudo, visto que foram distribuídos folhetos informativos sobre o estudo em vários locais. Os critérios de inclusão da amostra foram: mulheres em fase I a III de cancro da mama em tratamento adjuvante, com capacidades para falar inglês e comunicar pelo telefone, sem debilidades físicas ou psicológicas que pudessem impedir a sua participação nas intervenções e disponibilidade da pessoa significativa para participar na investigação. É de ressaltar que cada mulher nomeou para participar no estudo uma pessoa com importância para a sua adaptação e recuperação à doença.</p> <p>Quais as características da amostra? As mulheres com cancro da mama que participaram no estudo tinham uma média de 54,11 anos ($DP = 10.60$), eram na sua maioria caucasianas (85,4%), com elevados níveis de escolaridade e com emprego a tempo inteiro (46,9%). Cerca de um terço das mulheres vivia no meio rural. Não se registaram diferenças significativas quanto às características sociodemográficas. Quanto aos estádios da doença, 33% encontravam-se na fase I da doença, 52% na fase II e 14% na fase III. Todas as mulheres tinham tido cancro da mama pela primeira vez. Em relação ao tratamento, 75% estavam a realizar quimioterapia, 54% radioterapia e 36% terapia de bloqueio hormonal. Aproximadamente 25% das participantes da amostra tinham sido submetidas a mastectomia. Os três grupos (grupo TIP-C, grupo de exercício e grupo de controlo) não apresentaram diferenças significativas ($\chi^2 < 6.59$, $p > .16$) em relação à realização de mastectomia total ou parcial, excisão local, quimioterapia, radioterapia, terapia de bloqueio hormonal, tempo decorrido desde o diagnóstico e estadió do cancro. Também não se verificaram diferenças significativas entre os grupos em relação à história de depressão ou à participação em grupos de suporte ou aconselhamento e no uso de antidepressivos ou ansiolíticos ($\chi^2 < 2.43$, $p > .66$). Cerca de 11% das mulheres participaram em um ou mais grupos de suporte e menos de 2% receberam aconselhamento ou tinham consumido algum tipo de antidepressivo ou ansiolítico. No que diz respeito às pessoas significativas, eram maioritariamente maridos, 14% foram identificados como outras pessoas significativas, 17% eram filhos(as), 3% amigos e 3% outro tipo de relacionamento (por exemplo, irmão ou tio) em relação à mulher com cancro da mama.</p> <p>Houve abandono do estudo por parte de algum dos participantes? Porquê? (Os motivos foram esclarecidos e os abandonos foram adequadamente abordados?) No segundo momento de <i>follow-up</i>, três de 96 mulheres (mortalidade da amostra de 3%) e sete de 96 pessoas significativas (mortalidade da amostra de 7%) não participaram na recolha de dados sendo a justificação a falta de interesse por parte dos participantes.</p>

<p>INTERVENÇÃO: A intervenção está descrita detalhadamente?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A “contaminação” foi evitada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, se a as variáveis parasitas foram controladas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>	<p>No terceiro momento de <i>follow-up</i> cinco mulheres (mortalidade da amostra de 5%) e 11 pessoas significativas (mortalidade da amostra de 11%) não estavam disponíveis para a recolha dos dados, pelo que também foram excluídos da análise.</p> <p>Apesar disto, não se verificaram diferenças significativas nos níveis de depressão e ansiedade da primeira avaliação, quer com a presença ou ausência dos doentes e respetivas pessoas significativas no estudo.</p> <p>Descreva os procedimentos éticos. Os participantes assinaram o termo de consentimento?</p> <p>Foi obtido consentimento informado a todos os participantes do estudo.</p> <p>Descreva sucintamente a intervenção (foco da intervenção, quem a realizou, com que frequência, local / contexto clínico).</p> <p>A primeira, designada por aconselhamento interpessoal telefónico (TIP-C) foi baseada em técnicas de aconselhamento interpessoal (Weissman, Markowitz e Klerman, 2000 cit. por Badger <i>et al</i>, 2007) combinadas com suporte informativo. As chamadas telefónicas foram realizadas semanalmente, durante seis semanas por um enfermeiro especialista na área da oncologia e da psiquiatria. Cada sessão teve uma duração de, em média, 34 minutos. Durante o mesmo período, o mesmo enfermeiro contactou as respetivas pessoas significativas a cada duas semanas, no sentido de discutir com estes o seu bem-estar emocional e os relacionamentos com a mulher vítima de cancro da mama. As sessões de aconselhamento tiveram como foco a discussão de assuntos como educação sobre o cancro, suporte social, consciencialização, gestão de sintomas de <i>stress</i> e ansiedade e as mudanças de papéis.</p> <p>A outra intervenção, também desenvolvida por telefone, consistiu em seis semanas de exercício físico com o objetivo de efetuar exercício de um modo regular e de baixa intensidade (por exemplo, caminhar durante uns minutos, pelo menos, quatro vezes por semana). As mulheres receberam contactos telefónicos semanais com o objetivo de monitorizar o seu progresso e encorajar o exercício, sendo também registados os números de dias em que foram realizados exercícios, o tipo e a intensidade de exercício realizado em cada dia da última semana. As pessoas significativas receberam chamadas, a cada duas semanas, com o objetivo de as encorajar a fazer exercício e de monitorizar o seu progresso. Cada chamada telefónica demorou, em média, 11 minutos.</p> <p>Os autores do estudo tiveram o cuidado de assegurar a privacidade de cada elemento da amostra no momento da chamada telefónica, efetuando-as em momentos adequados e, nos casos em que as pessoas significativas nomeadas vivessem juntamente com as mulheres, a importância da privacidade foi reforçada e as chamadas foram realizadas em momentos em que os participantes estariam sozinhos, ou pelo menos, em divisões separadas da casa.</p> <p>As mulheres e pessoas significativas do grupo de controlo apenas receberam chamadas telefónicas semanais e quinzenais, respetivamente, com informação sobre o cancro. Estas chamadas tiveram uma duração de sete minutos cada. Não foi efetuado qualquer aconselhamento ou sugestão de exercício. Em caso de necessidade, como um problema ou complicação relacionada com o tratamento do cancro, os participantes deste grupo eram referenciados para o médico.</p> <p>Todas as intervenções foram conduzidas por enfermeiros treinados previamente e as intervenções foram gravadas e revistas em termos de controlo de qualidade.</p>
---	--

	<p>Esta análise foi representada pelo termo de interação entre o grupo (tipo de exposição) e o tempo (quantidade de exposição). No entanto, por uma questão de preciosidade dos autores, o tempo e os principais efeitos no grupo foram também descritos. Para avaliar a natureza de interação, foram realizados teste <i>t</i> para amostra emparelhadas utilizando os <i>post hoc</i> para especificar as alterações.</p> <p>Os métodos de análise estão adequados ao estudo.</p>
<p>RESULTADOS:</p> <p>Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Quais foram os resultados encontrados? Foram estatisticamente significativos (i.e., $p < .05$)? Se não, o estudo incluiu uma amostra grande o suficiente para evidenciar uma diferença importante, caso ela tenha ocorrido? No caso de múltiplos resultados, isso foi considerado para a análise estatística?</p> <p>Qual a importância clínica dos resultados? Houve diferença clinicamente significativa entre grupos? (se isso se aplica ao estudo)</p> <p>Na intervenção TIP-C participaram 76 participantes (38 mulheres e 38 pessoas significativas) e na intervenção de exercício físico 46 participantes (23 mulheres e 23 pessoas significativas). O grupo de controlo foi composto por 70 participantes (35 mulheres e 35 pessoas significativas).</p> <p>A adesão às intervenções realizadas por telefone foi de 100% nas mulheres em ambas as intervenções e 94% nas mulheres alocadas ao grupo de controlo. A adesão das pessoas significativas foi de 100% na intervenção TIP-C, 94% no exercício e 91% no grupo de controlo.</p> <p>1. Sintomas de depressão e ansiedade nas mulheres com cancro da mama:</p> <p>Os modelos mistos MANOVA aplicados aos sintomas de depressão entre as mulheres com cancro da mama não revelou diferenças significativas ao longo do tempo ($F(2.172) = 2.49, p = .08$), um efeito significativo para o grupo de tratamento ($F(2.86) = 3.59, p = .03$) e um efeito de interação não significativo entre o grupo e a duração da intervenção ($F(4.172) = 0.26, p = .90$). A tendência foi tal que os scores de depressão diminuíram ao longo do decorrer da investigação (T1=13,52; T2=12,17; e T3=11,26). O efeito principal para o grupo foi resultado dos scores mais baixos de depressão nas mulheres pertencentes ao grupo de controlo, em comparação com as mulheres da intervenção TIP-C que tinham scores mais elevados em todos os momentos.</p> <p>No momento T1, 32 % das mulheres apresentaram scores acima de 16 na escala CES-D, isto é, o ponto de corte considerado positivo para a depressão. No momento T3, 27% das mulheres situavam-se acima deste valor. As mulheres no grupo de intervenção TIP-C diminuíram os sintomas de depressão até ao momento T3, onde se situaram abaixo do limiar positivo para os sintomas depressivos (uma queda média de dois ou mais pontos). Por outras palavras, as mulheres no grupo de intervenção TIP-C demonstraram uma queda nos sintomas de depressão. As mulheres que estavam no grupo de controlo e no grupo de exercício físico tiveram ao longo do estudo scores médios sempre inferiores ao limiar descrito anteriormente.</p> <p>Os resultados da análise MANOVA para os sintomas de ansiedade revelou um efeito principal significativo para o tempo $F(2.172) = 21.08, p < .001$, nenhum efeito principal significativo para o grupo de tratamento ($F(2.86) = 1.78, p = .18$) e uma interação significativa Grupo x Tempo ($F(4.172) = 3.47, p = .01$). Ao longo da investigação, os sintomas de ansiedade das mulheres com cancro da mama diminuíram (T1=3,82; T2=2,99; e T3=2,95).</p> <p>Os testes <i>t</i> aplicados aos momentos T1 e T2 revelaram uma redução estatisticamente significativa nos scores de ansiedade para o grupo de intervenção TIP-C [$t(36) = 4.40, p < .001, \eta^2 =$</p>

	<p>0.35], para o grupo com exercício físico [$t(21) = 3.48, p = .002, \eta^2 = 0.37$], mas não para o grupo de controlo [$t(33) = 0.88, p = .39$]. Ambas as intervenções foram eficazes na redução da ansiedade ao longo do tempo.</p> <p>A comparação entre os momentos T2 e T3 não revelou diferenças significativas nos <i>scores</i> de ansiedade, tanto para o grupo de intervenção [$t(35) = 0.11, p = .92$], como para o grupo de exercício físico [$t(18) = 0.54, p = .60$] e para o grupo de controlo [$t(33) = 0.13, p = .89$]. Estes resultados indicam que as mudanças ocorridas até ao momento T2 mantiveram-se durante um mês de <i>follow-up</i>.</p> <p>2. Sintomas de depressão e ansiedade para as pessoas significativas:</p> <p>Os modelos mistos MANOVA utilizados para analisar os <i>scores</i> de depressão das pessoas significativas revelaram um efeito principal significativo para o tempo ($p < .01$), não se registando efeito principal para o grupo ou na interação entre o grupo e o tempo. Os resultados observados revelam que os sintomas de depressão nas pessoas significativas diminuíram substancialmente ao longo da investigação, independentemente ao grupo a que foram atribuídos (T1=14,73; T2=5,52; e T3=5,67). No momento T1, 33% das pessoas significativas tinham <i>scores</i> na escala CES-D superiores ou iguais a 16, e no momento T3, apenas 11% se situavam nestes <i>scores</i>. Assim, o tempo parece influenciar a descida destes valores.</p> <p>Os resultados dos testes para os sintomas de ansiedade também revelaram um efeito principal significativo para o tempo ($F(1.68, 136.22) = 4.29, p = .02$), nenhum efeito principal significativo para o grupo e uma tendência de interação entre o grupo e o tempo ($F(3.36, 136.22) = 2.08, p = .09$). Tal como a depressão, os <i>scores</i> de ansiedade diminuíram ao longo da investigação. Estes resultados foram comparados com os resultados da interação Grupo X Tempo obtidos nas mulheres com cancro da mama. Os níveis de ansiedade das pessoas significativas no momento T1 para o T2 diminuíram significativamente no grupo de intervenção TIP-C [$t(35) = 2.34, p = .02$, parcial $\eta^2 = 0.14$] e no grupo de exercício físico [$t(21) = 3.08, p = .01, \eta^2 = 0.31$]. O mesmo não se verificou no grupo de controlo [$t(30) = -0.39, p = .70$]. Novamente, verificou-se uma aparente diminuição na ansiedade em ambos os grupos de intervenção. Como no caso das mulheres com cancro da mama, as mudanças entre o momento T2 e T3 não foram significativas em todos os grupos de tratamento ($t < 0.97, p < .34$), indicando que as mudanças ocorridas até ao momento T2 mantiveram-se durante um mês de <i>follow-up</i>.</p>
<p>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS:</p> <p>As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os resultados do estudo são generalizáveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>A importância clínica está descrita?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>O que o estudo concluiu?</p> <p>A prevenção de sintomas de depressão e ansiedade durante momentos de grande <i>stress</i>, tanto para as mulheres com cancro como para as pessoas significativas que as ajudam a adaptar-se à doença, é por si só, de grande importância clínica.</p> <p>Quais as implicações desses resultados para a prática clínica?</p> <p>Nesta população, a intervenção TIP-C e a monitorização do exercício físico demonstraram benefícios concretos e um potencial enorme para a sua realização, dados os baixos custos associados e a facilidade da sua implementação.</p> <p>Quais foram as principais limitações ou erros no estudo?</p> <p>Uma das limitações do estudo foi a condição clínica da amostra, visto que se verificou uma grande diferença nos <i>scores</i> de depressão no início do estudo, sendo que os participantes do</p>

	<p>grupo TIP-C tinham os <i>scores</i> mais elevados e os do grupo de controlo os <i>scores</i> mais baixos.</p> <p>Dado que a distribuição da amostra não teve em conta os níveis de depressão, ficou claro que neste estudo, os grupos não eram equivalentes em relação aos níveis de depressão no primeiro momento de colheita de dados.</p> <p>É também possível que as mulheres com maiores níveis de ansiedade e depressão não se tivessem interessado em participar neste estudo, visto que, aquelas que se voluntariaram tinham níveis de depressão e ansiedade não muito elevados, facto que pode ter condicionado os resultados.</p> <p>O compromisso e a disponibilidade, associadas ao procedimento da intervenção podem ter feito com que as mulheres com maiores <i>scores</i> de depressão e ansiedade não quisessem participar no estudo.</p>
--	---

Formulário de Revisão Crítica – Estudos Quantitativos

Adaptado de Law *et al.* (1998), Caldwell, Henshaw e Taylor (2005), e Caldwell, Henshaw e Taylor (2011)

ESTUDO 5

<p>GRENIER, N. [et al.] – Effectiveness of a nursing support program for patients with recurrent ovarian cancer receiving pegylated liposomal doxorubicin (CAELYX/DOXIL). Canadian Oncology Nursing Journal. Vol. 17, n.º 3, (2007), p. 133-140.</p>	
<p>O título reflete o seu conteúdo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os autores são credíveis (i.e., apresentam habilitações académicas ou ligação a algum atividade profissional de relevância para a investigação)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>O resumo sintetiza os pontos principais do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>REVISÃO DA LITERATURA:</p> <p>A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>A revisão da literatura está compreensível?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>A revisão da literatura está atualizada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Descreva a pertinência deste estudo.</p> <p>Segundo a Sociedade Canadiana do Cancro (2005 cit. por Grenier <i>et al.</i>, 2007) e o Instituto Nacional do Cancro (2006 cit. por Grenier <i>et al.</i>, 2007) o cancro do ovário é a maior causa de morte por doença oncológica nas mulheres canadianas estimando-se uma taxa de sobrevivência ao longo de cinco anos de 45%.</p> <p>O tratamento inclui cirurgia e quimioterapia com composto de platina. Apesar disto, 50% dos doentes não apresentam sucesso devido à resistência do cancro ao tratamento. Deste modo, é utilizado o cloridrato de doxorubicina para aumentar o tempo de vida do composto, promovendo a sua eficácia. No entanto, este produto pode causar eritrodisestesia palmar-plantar dificultando a adesão ao tratamento (Gordon <i>et al.</i>, 2001 e Gabizon, 2001 cit. por Grenier <i>et al.</i>, 2007).</p> <p>De acordo com Gordon e Butler (2003 cit. por Grenier <i>et al.</i>, 2007), os enfermeiros da área de oncologia têm um papel vital no apoio à tomada-de-decisão através de suporte informativo sobre os efeitos secundários do tratamento, atuando como defensores da qualidade de vida do utente.</p> <p>Este estudo é pertinente porque avalia de que forma um programa de suporte realizado por enfermeiros pode promover a adesão ao tratamento.</p>
<p>OBJETIVOS/ FINALIDADE DO ESTUDO:</p> <p>Está claramente descrito?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Descreva os objetivos/finalidade do estudo. Como é que este estudo se aplica à sua questão de investigação?</p> <p>Avaliar os efeitos de um suporte informativo desenvolvido por enfermeiros na adesão e tolerância ao tratamento em doentes com recidivas de cancro dos ovários.</p> <p>Este estudo aplica-se à questão de investigação desta revisão porque avalia de que forma um programa de suporte desenvolvido por enfermeiros pode facilitar a gestão dos efeitos secundários do tratamento e a adesão ao mesmo, facilitando, desta maneira, a autogestão da doença.</p> <p>Existe alguma hipótese formulada? Se sim, descreva.</p> <p>A hipótese do estudo foi, que o programa de suporte desenvolvido por enfermeiros baseado na educação sobre os efeitos tóxicos do tratamento e o modo como os gerir, poderia influenciar os resultados do tratamento através diminuição da ocorrência e/ou da gravidade dos efeitos secundários.</p>
<p>DESENHO:</p> <p><input type="checkbox"/> Experimental</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Quasi-experimental</p> <p><input type="checkbox"/> Randomizado</p>	<p>Descreva o desenho do estudo. Este desenho está adequado à pergunta do estudo? (i.e., pelo nível do conhecimento sobre o assunto, resultados, questões éticas, etc.)</p>

<input type="checkbox"/> Coorte <input type="checkbox"/> Estudo de caso único <input type="checkbox"/> Pré e pós intervenção <input type="checkbox"/> Caso-controle <input type="checkbox"/> Estudo de caso <input checked="" type="checkbox"/> Descritivo <input type="checkbox"/> Correlacional <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Longitudinal	<p>O desenho do estudo não está descrito adequadamente, no entanto trata-se de um estudo descritivo, multicentro, prospetivo em que os participantes e o investigador tinham conhecimento sobre a intervenção.</p>
<p>METODOLOGIA: AMOSTRA: N=112 A amostra foi descrita detalhadamente? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Não está descrito A amostra é representativa da população? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não INTERVENÇÃO: A intervenção está descrita detalhadamente? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito <input type="checkbox"/> Não se aplica A “contaminação” foi evitada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, se a as variáveis parasitas foram controladas? </p>	<p>Amostragem (quem; características; quantos; como foi formada a amostra?). Havia mais de um grupo? Foram emparelhados? 112 mulheres com cancro dos ovários que não obtiveram sucesso no tratamento de quimioterapia com compostos de platina foram submetidas a tratamento com cloridrato de doxorubicina como segunda (54%), terceira (33%) ou quarta (9%) linha de tratamento, em oito centros de tratamento oncológico no Canadá.</p> <p>Quais as características da amostra? A idade dos participantes situou-se entre 32 e 87 anos, com uma média de 62 anos.</p> <p>Não existem dados para responder a esta questão dado que em lado nenhum do artigo está mencionado o processo de amostragem.</p> <p>Houve abandono do estudo por parte de algum dos participantes? Porquê? (Os motivos foram esclarecidos e os abandonos foram adequadamente abordados?)</p> <p>Descreva os procedimentos éticos. Os participantes assinaram o termo de consentimento? Todos os participantes assinaram consentimento informado.</p> <p>Descreva sucintamente a intervenção (foco da intervenção, quem a realizou, com que frequência, local / contexto clínico). Antes do início do tratamento com cloridrato de doxorubicina, os enfermeiros desenvolveram sessões sobre o novo tratamento de quimioterapia e os seus potenciais efeitos secundários. Foi também entregue um folheto informativo sobre o cancro do ovário, a quimioterapia, efeitos secundários relacionados com o tratamento e como gerir e prevenir a eritrodisestesia palmar-plantar. O folheto informativo continha também um diário, no qual os participantes foram instruídos a registar toda a terapêutica que estivessem a usar, assim como, os resultados sanguíneos, efeitos secundários (náuseas, vômitos, feridas na boca, reações de pele, diarreia, febre, perda de apetite, fadiga e perda de cabelo) e questões a colocar aos médicos ou enfermeiros na próxima consulta. Os sintomas foram classificados de acordo com a terminologia dos efeitos secundários (NCI CTCAE versão 2). O enfermeiro verificou o diário em cada momento de <i>follow-up</i> e reforçou a importância de manter os registos no diário e o tratamento. Todos os participantes receberam um pacote que incluía o folheto, o diário, uma lista de dicas para reduzir o risco de eritrodisestesia palmar-plantar e os produtos para minimizar os</p>

<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito <input type="checkbox"/> Não se aplica	<p>sintomas da eritrodisestesia palmar-plantar (por exemplo, creme de mãos, creme de pés, palmilhas almofadadas). Os doentes foram alertados para contactar os enfermeiros, médicos ou farmacêuticos caso tivessem algum dos seguintes sintomas: mudanças nas características da pele das mãos e pés; dispneia ou dor no peito; feridas na boca; febre ou outros sinais de infeção. Os momentos de <i>follow-up</i> foram realizados de quatro em quatro semanas, coincidindo com o tratamento da quimioterapia. Os participantes foram instruídos a contactar o enfermeiro ou outros profissionais de saúde entre os momentos de <i>follow-up</i>, se necessário. Todos os enfermeiros participantes do estudo foram treinados previamente, tendo sido feita uma revisão do protocolo do estudo e uma discussão sobre possíveis efeitos do cloridrato de doxorubicina. A intervenção realizada pode ser utilizada na prática clínica? Sim.</p>
<p>PROCEDIMENTO DE COLHEITA DOS DADOS E INSTRUMENTOS: As medidas utilizadas estão descritas? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>As medidas apresentam validade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>As medidas apresentam fidelidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>Descreva os instrumentos utilizados na recolha dos dados e as suas propriedades métricas (fidelidade e validade). Foram utilizados relatos de caso que se basearam em informação sobre os dados demográficos, a doença, o histórico de tratamento, os ciclos de tratamento com cloridrato de doxorubicina e a condição clínica.</p>
<p>PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS: Os métodos de análise de dados estão descritos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>Descreve as estratégias de análise de dados? Que tipos de análises estatísticas são realizados? (descritiva, inferencial, etc.) São adequadas ao tipo de estudo e ao nível de medida? Os autores não descreveram os tipos de análise estatística utilizados, no entanto, pela observação dos resultados trata-se de uma análise descritiva.</p>
<p>RESULTADOS: Os resultados estão relatados em termos de significância estatística? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p>	<p>Quais foram os resultados encontrados? Foram estatisticamente significativos (i.e., $p < .05$)? Se não, o estudo incluiu uma amostra grande o suficiente para evidenciar uma diferença importante, caso ela tenha ocorrido? No caso de múltiplos resultados, isso foi considerado para a análise estatística? Qual a importância clínica dos resultados? Houve diferença clinicamente significativa entre grupos? (se isso se aplica ao estudo) 111 participantes num total de 112 (99,1%) receberam o diário à entrada no estudo e 92 (82%) completaram-no no fim do primeiro ciclo, 54 de 63 participantes (86%) no fim do quarto ciclo e 21 de 30 (70%) no fim do sexto ciclo. Mais de 95% dos</p>

	<p>participantes seguiram os conselhos dos enfermeiros em relação à gestão dos efeitos secundários do tratamento.</p> <p>78 participantes (69,6%) relataram pelo menos um efeito adverso. Os efeitos secundários registados foram toxicidade na pele (50%), mucosite (38%) e diminuição de células sanguíneas (15%). 34 de 112 participantes (30,4%) tiveram 62 efeitos secundários graves, sendo os mais relacionados com a intervenção: fadiga (25%), náuseas/vômitos (10%), toxicidade da pele (3,5%), mucosite (3%) e redução de células sanguíneas (2%). A toxicidade da pele foi a razão principal para interrupção da terapia (3%) enquanto as náuseas e vômitos foram as razões para a hospitalização de alguns participantes (8%).</p> <p>Os participantes receberam em média 4,01 ciclos de quimioterapia, sendo que 51 (45,5%) participantes receberam entre um e três ciclos de quimioterapia, 55 (49,1%) receberam quatro a oito ciclos e 5 (4,5%) receberam nove ou mais ciclos. Um participante (0,8%) não recebeu nenhum ciclo de quimioterapia com cloridrato de doxorrubicina. sete participantes (6,3%) não completaram o tratamento devido aos efeitos secundários incluindo reação cutânea (n=3), obstipação (n=2), fadiga (n=1), derrame pleural (n=1), quatro dos quais (3,6%) provavelmente relacionados com a quimioterapia com cloridrato de doxorrubicina. Foram registados três casos de cardiotoxicidade, dos quais um com sinais e sintomas de falência cardíaca.</p> <p>Os participantes do estudo receberam uma média de quatro ciclos de cloridrato de doxorrubicina, isto é, o número mínimo para avaliar a eficácia da terapia. Os efeitos secundários foram frequentes, mas 75% dos participantes foram capazes de completar mais de 3 ciclos e 59% mais de quatro ciclos de quimioterapia com cloridrato de doxorrubicina.</p> <p>A resposta ao tratamento foi avaliada mediante exames radiológicos e revelou-se estável ou melhorada em 70 de 107 participantes (65,4%) no fim do segundo ciclo, 42 de 79 (54,2%) no fim do quarto ciclo e 25 de 37 (67,5%) no fim do sexto ciclo.</p> <p>No estudo de Gordon <i>et al.</i> (2001), 117 de 239 participantes (49%) desenvolveram eritrodisestesia palmar-plantar, dos quais 55 (22,8%) eram casos graves. No presente estudo, 59 de 112 participantes (52,7%) desenvolveram eritrodisestesia palmar-plantar, dos quais quatro (3,5%) foram casos graves. Além disto, nove participantes pararam o tratamento no estudo de Gordon <i>et al.</i> (2001) e três no estudo atual, devido à gravidade deste efeito secundário.</p>
<p>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS:</p> <p>As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os resultados do estudo são generalizáveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>A importância clínica está descrita?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>O que o estudo concluiu?</p> <p>Com a intervenção implementada, a incidência de efeitos adversos como a eritrodisestesia palmar-plantar e a mucosite foram reduzidos substancialmente.</p> <p>Quais as implicações desses resultados para a prática clínica?</p> <p>Este programa de intervenção baseado na educação sobre o tratamento de quimioterapia e a importância da prevenção e gestão dos efeitos adversos pode ajudar a reduzir o grau de eritrodisestesia palmar-plantar e a mucosite em doentes em fase de tratamento com cloridrato de doxorrubicina, promovendo assim a qualidade de vida das mulheres com recidivas cancro dos ovários.</p> <p>Quais foram as principais limitações ou erros no estudo?</p> <p>A população do estudo foi heterogênea e incluiu participantes em diferentes linhas de tratamento, pelo que estes participantes podem ter uma condição clínica mais avançada do que os participantes do estudo de Gordon <i>et al.</i> (2001).</p>

Formulário de Revisão Crítica – Estudos Quantitativos

Adaptado de Law *et al.* (1998), Caldwell, Henshaw e Taylor (2005), e Caldwell, Henshaw e Taylor (2011)

ESTUDO 6

<p>WONGHONGKUL, T. [et al.] – Effect of educative-supportive program on quality of life in breast cancer survivors. Thai Journal of Nursing Research. Vol. 12, n.º 3, (2008), p. 179-193.</p>	
<p>O título reflete o seu conteúdo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os autores são credíveis (i.e., apresentam habilitações académicas ou ligação a algum atividade profissional de relevância para a investigação)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>O resumo sintetiza os pontos principais do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>REVISÃO DA LITERATURA:</p> <p>A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>A revisão da literatura está compreensível?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>A revisão da literatura está atualizada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>OBJETIVOS/ FINALIDADE DO ESTUDO:</p> <p>Está claramente descrito?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Descreva a pertinência deste estudo.</p> <p>O número de pessoas com cancro da mama está a aumentar, sendo que estas deparam-se com vários problemas, desde o diagnóstico aos anos que se seguem de tratamento, o que consequentemente afeta a sua qualidade de vida. A maior parte dos estudos conduzidos na Tailândia não apresentaram resultados consistentes, para além de que poucos estudos avaliaram a eficácia de sistemas de suporte informativo realizado por enfermeiros a mulheres com diagnóstico superior a cinco anos.</p> <p>O programa “<i>I Can Cope</i>” foi utilizado na base da intervenção deste estudo e teve como objetivo apoiar os participantes na adaptação à doença através do aumento de conhecimento, atitudes positivas e desenvolvimento de capacidades e habilidades (p.183-184).</p> <p>Descreva os objetivos/finalidade do estudo. Como é que este estudo se aplica à sua questão de investigação?</p> <p>Explorar a eficácia de um programa de suporte informativo na qualidade de vida em mulheres diagnosticadas com cancro da mama na Tailândia.</p> <p>Este estudo avalia o impacto de um programa de suporte social desenvolvido por enfermeiros na qualidade de vida de doentes oncológicos, e que por isso pode ser entendido como relevante para a questão de investigação identificada porque a qualidade de vida está intimamente relacionada com a autogestão da doença.</p> <p>Existe alguma hipótese formulada? Se sim, descreva.</p> <p>A hipótese apresentada foi que os participantes que beneficiavam do programa de suporte informativo teriam maior informação para os ajudar a desenvolver o autocuidado, a aumentar as estratégias de <i>coping</i>, a desenvolver atitudes positivas face à doença e, consequentemente, aumentando a qualidade de vida.</p>
<p>DESENHO:</p> <p><input type="checkbox"/> Experimental</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Quasi-experimental</p> <p><input type="checkbox"/> Randomizado</p> <p><input type="checkbox"/> Coorte</p> <p><input type="checkbox"/> Estudo de caso único</p> <p><input type="checkbox"/> Pré e pós intervenção</p> <p><input type="checkbox"/> Caso-controle</p> <p><input type="checkbox"/> Estudo de caso</p> <p><input type="checkbox"/> Descritivo</p>	<p>Descreva o desenho do estudo. Este desenho está adequado à pergunta do estudo? (i.e., pelo nível do conhecimento sobre o assunto, resultados, questões éticas, etc.)</p> <p>Foi realizado um estudo quasi-experimental dada a dificuldade dos autores em controlar as variáveis externas e em realizar uma atribuição aleatória dos participantes pelos grupos.</p> <p>Dado o nível de conhecimento e os resultados que pretende medir, este estudo é adequado.</p>

<input type="checkbox"/> Correlacional <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Longitudinal	
<p>METODOLOGIA:</p> <p>AMOSTRA: N=66 A amostra foi descrita detalhadamente? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A amostra é representativa da população? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Amostragem (quem; características; quantos; como foi formada a amostra?). Havia mais de um grupo? Foram emparelhados? Através de um processo de amostragem de conveniência, foram selecionadas mulheres que tinham sido diagnosticadas há pelo menos cinco anos com cancro da mama e que tinham recebido tratamento no Hospital Maharaj Nakorn Chiang Mai, na Tailândia. Os critérios de inclusão foram: diagnóstico de cancro da mama há pelo menos cinco anos, doentes sem recidivas da doença durante a colheita dos dados, capacidade de ler e escrever tailandês e idade superior a 18 anos.</p> <p>O tamanho da amostra foi calculado utilizando os valores da tabela de análise de poder (Cohen, 1988, cit. por Polit e Beck, 2004). Os investigadores definiram como valores os seguintes: (1) poder de 0,90; (2) nível de significância em 0,05; e, (3) e tamanho do efeito de 0,80. Assim, o tamanho da amostra recomendado foi de 66 participantes, 33 em cada grupo. Foram selecionados 66 participantes, 33 dos quais estavam dispostos e capazes de participar em todas as quatro sessões do programa de suporte informativo e foram alocados ao grupo experimental. Os restantes 33 participantes, que estavam dispostos, mas incapazes de participar nas quatro sessões devido a viagens ou por motivos pessoais, foram alocados ao grupo de controlo.</p> <p>Quais as características da amostra? Quanto às características sociodemográficas, os grupos experimental e de controlo, apresentaram uma média idades de 53,95 anos ($DP = 5.59$) e 52,20 anos ($DP = 7.37$), respetivamente. O grupo experimental continha pessoas com diagnóstico há 8,88 anos ($DP = 3.98$) enquanto que o grupo de controlo 8,51 anos ($DP = 2.81$). A maioria dos participantes do grupo experimental (53,5%) e do grupo de controlo (66,7%) tinham um nível de escolaridade de ensino primário. E, eram na sua maioria, de origem Tailandesa, isto é, 93,3% no grupo experimental e 100% no grupo de controlo. Quanto às características clínicas, os participantes de ambos os grupos tinham sido submetidos a tratamento cirúrgico (96,7% no grupo experimental e 80,6% no grupo de controlo), quimioterapia (80,0% no grupo experimental e 58,1% no grupo de controlo), radioterapia (26,7% no grupo experimental e 38,7% no grupo de controlo), ou terapia hormonal (40,0% no grupo experimental e 19,4% no grupo de controlo). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do estudo.</p> <p>Houve abandono do estudo por parte de algum dos participantes? Porquê? (Os motivos foram esclarecidos e os abandonos foram adequadamente abordados?) Foram utilizados os dados de apenas 30 participantes no grupo experimental e 31 no grupo de controlo para o tratamento dos dados (mortalidade da amostra = 7,57%). Foram excluídos três participantes no grupo experimental por inconveniência dos próprios na realização do estudo, dada a carga de trabalho ou a viagem e dois participantes no grupo de controlo porque não completaram todo o questionário.</p>

<p>INTERVENÇÃO: A intervenção está descrita detalhadamente? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A “contaminação” foi evitada? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, se a as variáveis parasitas foram controladas? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>PROCEDIMENTO DE COLHEITA DOS DADOS E INSTRUMENTOS: As medidas utilizadas estão descritas?</p>	<p>Descreva os procedimentos éticos. Os participantes assinaram o termo de consentimento? O consentimento informado foi obtido antes da participação no estudo e reconfirmado ao longo do estudo. A investigação foi aprovada pela Comissão de Investigação e pelo Comité dos Direitos Humanos da Faculdade de Medicina da Universidade de Chiang Mai. Após a finalização do estudo, os participantes do grupo de controlo obtiveram acesso à intervenção implementada no grupo de intervenção.</p> <p>Descreva sucintamente a intervenção (foco da intervenção, quem a realizou, com que frequência, local / contexto clínico). O programa de suporte informativo consistiu em atividades de enfermagem incluindo o ensino, a orientação, o apoio e o suporte no autocuidado. O programa foi realizado por meio de quatro sessões, cada uma com uma duração de quatro horas e conduzida a cada duas semanas. Cada sessão consistiu em três partes principais: palestras (1,5 horas), vídeos e discussão (1 hora) e uma parte prática (1,5 horas). As palestras foram conduzidas por enfermeiros, médicos ou doentes com cancro da mama. Os tópicos incluídos foram: a vivência do cancro após o tratamento (primeira sessão), manutenção do bem-estar da mente e do corpo (segunda sessão), manutenção de comportamentos saudáveis (terceira sessão), e gestão eficaz dos relacionamentos familiares e da vida diária (quarta sessão). O vídeo e a discussão, com duração de uma hora em cada sessão, incluíram os seguintes tópicos: incerteza na doença (primeira sessão), esperança (segunda sessão), o medo de recidivas do cancro (terceira sessão), e a sensação de controlo (quarta sessão). No final de cada sessão, foi mostrado um vídeo intitulado "Redução do Stress: Autorelaxamento" com o objetivo de ensinar os doentes oncológicos a diminuir o stress. Depois disto foi realizada uma parte prática e a reflexão sobre a sessão. Por fim, foi designado trabalho para casa com o objetivo de aumentar os conhecimentos e habilidades a fim de promover atividades de autocuidado e melhorar a qualidade de vida. Foram também distribuídos panfletos e livros ao fim de cada sessão para que os participantes pudessem rever o conteúdo da sessão em casa. No final de cada sessão era esperado que os participantes recebessem informação para os ajudar a desenvolver as atividades de autocuidados, aumentando as estratégias de <i>coping</i> e reforçando as atitudes positivas. Ambos os grupos (experimental e controlo) receberam a mesma rotina de cuidados por parte do hospital. O grupo experimental recebeu a intervenção adicional: o programa de suporte informativo, enquanto o grupo de controlo recebeu apenas os cuidados de rotina do hospital. Os cuidados de rotina incluíram a divulgação de um vídeo com informações gerais para doentes com cancro da mama.</p> <p>A intervenção realizada pode ser utilizada na prática clínica? Sim.</p> <p>A colheita dos dados realizou-se em três momentos: antes do início do programa (t1), depois do fim do programa (t2) e três meses após o fim do programa (t3). No primeiro momento o investigador recolheu dados sociodemográficos, dados sobre o estado de saúde, qualidade de vida e sobre as atividades de</p>
---	---

<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito As medidas apresentam validade? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito As medidas apresentam fidelidade? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito	<p>autocuidado. Após o fim do programa foi avaliada a qualidade de vida. No último momento, ou seja, três meses após o programa, foi avaliada a qualidade de vida e as atividades do autocuidado.</p> <p>Descreva os instrumentos utilizados na recolha dos dados e as suas propriedades métricas (fidelidade e validade).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dados sociodemográficos e estado de saúde: o investigador desenvolveu um questionário que incluiu nove itens: idade, tempo desde o diagnóstico, nível de escolaridade, etnia, religião, estado civil, situação de trabalho, rendimento mensal e o tipo de tratamento. – “Quality of Life: Breast Cancer Version Questionnaire”: O questionário sobre a qualidade de vida dos doentes com cancro da mama (Ferrell, Grant, e Hassey-Dow (1995) consiste em quatro dimensões: bem-estar físico, psicológico, social e espiritual, com oito, 22, nove e sete itens, respetivamente. Cada item apresenta uma escala numérica de 0-10 em que 0 representa o pior nível e 10 o melhor nível de qualidade de vida. Os resultados de 31 itens negativos foram invertidos antes da soma total do questionário. A validade do instrumento foi comprovada por Ferrell, Dow e Grant (1995) e Ferrell <i>et al.</i> (1995). O instrumento foi traduzido para tailandês pelo investigador, resultando num alfa de Cronbach de 0,88 (n = 61) para o questionário global (i.e., composto pelas quatro dimensões) e no caso das dimensões bem-estar físico, psicológico, social e espiritual um valor alfa de Cronbach de 0,69, 0,84, 0,79, e 0,37, respetivamente (n = 61). – “Self-Management Questionnaire”: O questionário da autogestão foi desenvolvido pelo investigador e teve como objetivo monitorizar e avaliar o desempenho de 55 atividades do autocuidado. Essas atividades foram escolhidas a partir do conteúdo do programa de suporte informativo. Os itens da escala foram pontuados numa escala de quatro valores tipo Likert, em que quatro representava uma atividade de autocuidado muito utilizada e um uma atividade menos frequentemente utilizada. No sentido de validar o instrumento, foi consultado um painel de especialistas, dos quais três enfermeiros com experiência no tratamento oncológico. Em relação à fiabilidade do instrumento o alfa de Cronbach foi de 0,92 (n = 61).
<p>PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS: Os métodos de análise de dados estão descritos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>Descreve as estratégias de análise de dados? Que tipos de análises estatísticas são realizados? (descritiva, inferencial, etc.) São adequadas ao tipo de estudo e ao nível de medida? Foram utilizados testes <i>t</i> para avaliar as diferenças entre os participantes quanto às médias da idade e ao tempo decorrido desde o diagnóstico. Os testes qui-quadrado foram aplicados para avaliar o nível de escolaridade, religião, etnia, estado civil, situação de trabalho, rendimento mensal e tipo de tratamento. A diferença na qualidade média de vida nos três momentos em ambos os grupos experimentais e de controlo foi analisada utilizando o teste MANOVA, sendo que as diferenças significativas encontradas na qualidade de vida entre os grupos nos três momentos foram examinadas através dos critérios de <i>Bonferroni</i>. As estratégias de análise estão adequadas ao estudo.</p>

<p>RESULTADOS: Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Quais foram os resultados encontrados? Foram estatisticamente significativos (i.e., $p < .05$)? Se não, o estudo incluiu uma amostra grande o suficiente para evidenciar uma diferença importante, caso ela tenha ocorrido? No caso de múltiplos resultados, isso foi considerado para a análise estatística?</p> <p>Qual a importância clínica dos resultados? Houve diferença clinicamente significativa entre grupos? (se isso se aplica ao estudo)</p> <p>Ao longo dos três momentos de recolha dos dados, registou-se uma redução no nível da qualidade de vida quer do grupo experimental, quer do grupo de controlo, embora a qualidade de vida do grupo experimental fosse superior à qualidade de vida dos participantes no grupo de controlo.</p> <p>Através do teste MANOVA não se verificou qualquer associação entre o efeito de tratamento e o tempo decorrido (F Wilk's Lambda = 0.763, $p = .471$). Além disso, os resultados mostraram uma diferença significativa na qualidade de vida, tanto entre os grupos ($F = 5.313, p = .025$) como dentro do próprio grupo ($F = 6.682, p = .002$), denotando-se um declínio da qualidade de vida, embora mais acentuado no grupo de controlo.</p> <p>Além disso, quanto às diferenças significativas encontradas na qualidade de vida entre os grupos, os resultados obtidos através dos critérios de <i>Bonferroni</i> revelaram que o grupo experimental mostrou uma diminuição significativa da qualidade de vida entre o momento anterior ao programa e três meses após o programa ($p = .001$).</p> <p>Em relação à autogestão do autocuidado, os resultados revelaram que os participantes do grupo experimental demonstraram um aumento significativo em três atividades do autocuidado: 1) tentar restabelecer as atividades domésticas e o emprego ($Z = -2.355, p = .019$), 2) compreensão das mudanças de vida diária após o diagnóstico de cancro ($Z = -2.558, p = .011$), e 3) realização de exercícios de autorelaxamento ($Z = -2.526, p = .012$). O aumento destas atividades foi provavelmente devido ao efeito do programa educativo de apoio aos participantes no grupo experimental, levando os participantes a realizar o autocuidado com base no conhecimento que obtiveram.</p> <p>Em contraste, o grupo de controlo apresentou um aumento de três estratégias de <i>coping</i> negativas: 1) expressão de culpa, se incapaz de manter a atitude positiva em relação ao seu diagnóstico de cancro ($Z = -2.352, p = 0.019$), 2) realização de atividades normais da vida diária, portanto, sem qualquer adequação ao estado de saúde ($Z = -2.801, p = .005$), e 3) exercício de autorelaxamento ($Z = -2.138, p = .033$). O grupo de controlo não dispunha de informações essenciais para compreender e adaptar-se após o diagnóstico, pelo que, os participantes do grupo de controlo não apresentaram conhecimentos sobre como ajustar as suas atividades de autocuidado à doença, a fim de melhorar a sua qualidade de vida.</p>
<p>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS: As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os resultados do estudo são generalizáveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>O que o estudo concluiu?</p> <p>Os resultados deste estudo indicam que o programa de suporte informativo não foi eficaz em promover a qualidade de vida dos doentes oncológicos. No entanto, enquanto a qualidade de vida não aumentou, o uso do programa educativo com base na teoria de Orem mostrou evidências de um aumento nas atividades de autocuidado. Consequentemente, segundo os autores, essas atividades podem melhorar a qualidade de vida.</p> <p>Quais as implicações desses resultados para a prática clínica?</p>

<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito A importância clínica está descrita? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito	<p>O programa de suporte informativo é essencial para os enfermeiros que trabalham na área da oncologia, sendo uma estratégia essencial para promover resultados em saúde, nomeadamente a nível do autocuidado.</p> <p>Quais foram as principais limitações ou erros no estudo? Os resultados deste estudo podem ter sido enviesados devido à complexidade em avaliar a qualidade de vida e à dificuldade em reunir um instrumento suficientemente sensível e também devido a erros na seleção da amostra. Segundo os autores, o instrumento utilizado para medir a qualidade de vida pode não ter sido sensível às mudanças na qualidade de vida ao longo do tempo. Por outro lado, nem todos os participantes apresentaram a mesma probabilidade de serem selecionados, dado que apenas os que estavam dispostos a participar nas quatro sessões foram incluídos no grupo experimental. Como tal, os elementos do grupo experimental podiam ter outros problemas de saúde adicionais que afetassem a qualidade de vida do que os participantes que se recusaram a participar no estudo. Além disto, o tamanho da amostra não foi respeitado, visto que seriam precisos 66 participantes e foram apenas analisados os dados relativos a 61 participantes, pelo que o tamanho de efeito não foi garantido. Provavelmente por esta razão, não foram detetadas diferenças estatísticas entre os grupos quanto à qualidade de vida.</p>
--	---

BIBLIOGRAFIA:

- FERRELL, B.; DOW, K.; GRANT, M. – Measurement of the quality of life in cancer survivors. Quality of Life Research. Vol. 4. n.º 6 (1995). p. 523-31. Disponível em WWW: <<http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2FBF00634747.pdf>>.
- FERRELL, B. R. [*et al.*] – Quality of life in long-term cancer survivors. Oncology Nursing Forum. Vol. 22. n.º 6 (1995). p. 915-22. Disponível em WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7567610>>.

Formulário de Revisão Crítica – Estudos Quantitativos

Adaptado de Law *et al.* (1998), Caldwell, Henshaw e Taylor (2005), e Caldwell, Henshaw e Taylor (2011)

ESTUDO 7

<p>OH, P.; KIM, S. – Effects of a brief psychosocial intervention in patients with cancer receiving adjuvant therapy. Oncology Nursing Forum. Vol. 37, n.º 2, (2010), p. E98-E104.</p>	
<p>O título reflete o seu conteúdo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os autores são credíveis (i.e., apresentam habilitações académicas ou ligação a algum atividade profissional de relevância para a investigação)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>O resumo sintetiza os pontos principais do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>REVISÃO DA LITERATURA:</p> <p>A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>A revisão da literatura está compreensível?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>A revisão da literatura está atualizada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>OBJETIVOS/ FINALIDADE DO ESTUDO:</p> <p>Está claramente descrito?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Descreva a pertinência deste estudo.</p> <p>Várias são as intervenções que têm sido desenvolvidas para aliviar o <i>stress</i> decorrente da vivência da doença oncológica, relatando diversos benefícios ao nível da ansiedade, espírito de luta, satisfação com o tratamento e nos comportamentos de autocuidado. As novas tecnologias têm também oferecido oportunidades para inovar a educação para a saúde. Este estudo é pertinente porque avalia o uso de um CD-ROM em vários aspetos relacionados com a autogestão da doença.</p> <p>Descreva os objetivos/finalidade do estudo. Como é que este estudo se aplica à sua questão de investigação?</p> <p>Testar os efeitos de uma intervenção psicossocial através de um CD-ROM nos comportamentos psicossociais (espírito de luta, necessidade de ajuda, falta de esperança, ansiedade e depressão) e comportamentais (comportamentos de autocuidado) nos doentes oncológicos que receberam terapia adjuvante.</p> <p>Este estudo responde à questão de investigação desta revisão porque se trata de uma intervenção realizada por enfermeiros que procura compreender o seu impacto em vários aspetos relacionados com a autogestão da doença.</p> <p>Existe alguma hipótese formulada? Se sim, descreva.</p> <p>Não existe nenhuma hipótese formulada.</p>
<p>DESENHO:</p> <p><input type="checkbox"/> Experimental</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Quasi-experimental</p> <p><input type="checkbox"/> Randomizado</p> <p><input type="checkbox"/> Coorte</p> <p><input type="checkbox"/> Estudo de caso único</p> <p><input type="checkbox"/> Pré e pós intervenção</p> <p><input type="checkbox"/> Caso-controle</p> <p><input type="checkbox"/> Estudo de caso</p> <p><input type="checkbox"/> Descritivo</p> <p><input type="checkbox"/> Correlacional</p> <p><input type="checkbox"/> Outro</p> <p><input type="checkbox"/> Transversal</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Longitudinal</p>	<p>Descreva o desenho do estudo. Este desenho está adequado à pergunta do estudo? (i.e., pelo nível do conhecimento sobre o assunto, resultados, questões éticas, etc.)</p> <p>Os autores desenvolveram um estudo quasi-experimental para avaliar os efeitos de uma intervenção implementada ao grupo experimental composto por doentes oncológicos com terapia adjuvante.</p> <p>Os dados foram recolhidos antes da intervenção e comparados com os resultados da intervenção medidos às quatro semanas seguintes em relação ao fim da intervenção.</p> <p>Este estudo está adequado dado o pouco conhecimento sobre o assunto e os instrumentos existentes para avaliar os <i>outcomes</i>.</p>

<p>METODOLOGIA:</p> <p>AMOSTRA: N=71</p> <p>A amostra foi descrita detalhadamente? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A amostra é representativa da população? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Amostragem (quem; características; quantos; como foi formada a amostra?). Havia mais de um grupo? Foram emparelhados?</p> <p>Os doentes foram recrutados entre agosto de 2006 e março de 2007 num serviço de Oncologia-Hematologia do Instituto Coreano de Radiologia e Ciências Médicas, em Seul, Coreia do Sul.</p> <p>Os critérios de inclusão dos participantes foram: diagnóstico de cancro clinicamente comprovado, tratamento de quimioterapia ou radioterapia, conhecimento do diagnóstico, estado funcional de 0, 1 ou 2 de acordo com os critérios da <i>Eastern Cooperative Oncology Group</i>.</p> <p>Os critérios de exclusão foram: limitações cognitivas, transtornos mentais e incapacidade de usar um telefone.</p> <p>Para detetar um tamanho de efeito aceitável ($d = 0.8$), seriam precisos 52 participantes, 26 em cada grupo, para um valor de alfa bicaudal inferior a 0,05 (Cohen, 1988). Para compensar a perda nos elementos da amostra, estimada em 30%, foram incluídos 34 participantes no grupo de controlo e 37 no grupo de intervenção.</p> <p>Quais as características da amostra?</p> <p>A amostra foi constituída por 32 indivíduos (15 homens e 17 mulheres) no grupo de intervenção e 34 (12 homens e 22 mulheres) no grupo de controlo. Quanto às restantes características sociodemográficas eram maioritariamente do sexo feminino, casados, com rendimentos inferiores a 2000\$ e sem ocupação laboral. Quanto às características clínicas, a amostra foi constituída por 34 doentes com cancro da mama, sete com cancro do pulmão, seis com cancro do cólon, dois com cancro do estômago, dois com cancro cervical e 20 com outros tipos de cancro. Na sua maioria, os participantes tinham sido diagnosticados há seis ou menos meses e estavam em fase de tratamento com quimioterapia.</p> <p>Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos, no que respeita às características sociodemográficas e clínica, à exceção de uma maior quantidade de participantes no grupo de intervenção com estado mais avançado da doença ($p = .002$).</p> <p>Houve abandono do estudo por parte de algum dos participantes? Porquê? (Os motivos foram esclarecidos e os abandonos foram adequadamente abordados?)</p> <p>A taxa de perda de elementos da amostra após a intervenção foi alta, ou seja, 29% no grupo de controlo e 51% no grupo de intervenção. A maioria das justificações descritas foram porque o estudo era inconveniente para os participantes, demorava muito tempo para responder ou devido ao participante não se sentir bem para responder. Deste modo, apenas 42 dos 71 indivíduos incluídos na amostra, participaram durante todo o processo do estudo.</p> <p>Os participantes que abandonaram o estudo diferenciaram-se significativamente dos participantes que completaram o estudo relativamente ao seu estado mais avançado da doença ($p < .001$).</p> <p>Descreva os procedimentos éticos. Os participantes assinaram o termo de consentimento?</p> <p>O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Coreano de Radiologia e Ciências Médicas e foi conduzido de acordo com os princípios da Declaração de Helsínquia.</p> <p>O grupo de controlo obteve acesso à intervenção após a conclusão do estudo. Foi obtido consentimento informado após apresentação do estudo aos participantes.</p>
---	---

<p>INTERVENÇÃO: A intervenção está descrita detalhadamente? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, se a as variáveis parasitas foram controladas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A “contaminação” foi evitada? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>PROCEDIMENTO DE COLHEITA DOS DADOS E INSTRUMENTOS:</p> <p>As medidas utilizadas estão descritas? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>Descreva sucintamente a intervenção (foco da intervenção, quem a realizou, com que frequência, local / contexto clínico). A intervenção consistiu em educação para a saúde, habilidades de <i>coping</i> e gestão do <i>stress</i>. O conteúdo foi baseado numa revisão da literatura e numa avaliação das necessidades realizada em 20 doentes com cancro que receberam terapia adjuvante. A intervenção foi realizada em intervalos de uma semana ao longo de um período de duas semanas através de um CD-ROM, um folheto e aconselhamento por telefone. Na primeira sessão, os participantes visualizaram 15 minutos do CD-ROM e foi fornecido um folheto intitulado “<i>Espírito de Luta e Cuidados de Saúde entre Doentes com Cancro</i>”. Os investigadores desenvolveram também 20 minutos de educação para a saúde com base no folheto. CD-ROM: os conteúdos em CD-ROM foram desenvolvidos com base na teoria da autoeficácia de Bandura (Bandura, 1986). O vídeo relatou o caso de um doente com cancro do pulmão e abordou áreas como: formas de lidar com um diagnóstico de cancro do pulmão, a gestão dos sintomas durante a terapia adjuvante, o aumento do espírito de luta e da esperança, a superação de sentimentos de desânimo e fraqueza ou falta de esperança e ansiedade, técnicas de relaxamento muscular e imaginação guiada para a gestão de <i>stress</i> e formas de alcançar o bem-estar através de estilos de vida saudáveis e de fortalecimento das relações sociais. O conteúdo do CD-ROM foi validado por três oncologistas e três enfermeiros especialistas em oncologia antes de ser utilizado. Além disso, o conteúdo e o grau de dificuldade do vídeo foram aprovados por cinco doentes com cancro. Folheto: O folheto foi fornecido como suplemento ao CD-ROM e teve como conteúdo o estabelecimento de metas, relacionamentos pessoais terapêuticos com outras pessoas significativas e formas de melhorar a autopercepção espiritual. Além disso, foi incluída uma técnica de resolução de problemas. Após uma semana, na segunda sessão, os participantes receberam aconselhamento por telefone por um dos investigadores. Aconselhamento por telefone: durante 15 minutos e após uma semana da primeira sessão, o investigador através de estratégias verbais de persuasão (Bandura, 1986 cit. por Oh e Kim, 2010) avaliou os sintomas e os comportamentos de autocuidado, de acordo com um protocolo previamente estabelecido e encorajou os participantes a reforçar a sua mestria inata descrita na teoria da autoeficácia.</p> <p>O grupo de controlo recebeu os cuidados normais e por razões éticas, não foi feita nenhuma tentativa de limitar a exposição natural a textos de apoio.</p> <p>A intervenção realizada pode ser utilizada na prática clínica? Sim.</p> <p>Os dados sociodemográficos e clínicos foram obtidos no início do estudo através de um questionário de autopreenchimento. A recolha de dados após a intervenção foi efetuada através de contacto eletrónico, sendo que foram recolhidos primeiro os dados do grupo de controlo e depois os do grupo experimental para evitar enviesamentos neste processo. Descreva os instrumentos utilizados na recolha dos dados e as suas propriedades métricas (fidelidade e validade). – Escala de Ajustamento Mental ao Cancro (MAC): apenas foram utilizadas as subescalas</p>
---	---

<p>As medidas apresentam validade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>As medidas apresentam fidelidade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>referentes à avaliação do espírito de luta, desânimo-fraqueza e à falta de esperança (Watson <i>et al.</i>, 1988 cit. por Oh e Kim, 2010). Este instrumento é composto por cinco subescalas: espírito de luta, preocupação ansiosa, fatalismo, desânimo-fraqueza e falta de esperança. A escala tem 40 itens, cada um avaliado com pontuações entre 1 (definitivamente não se aplica a mim) e 4 (definitivamente se aplica a mim), em que resultados mais altos foram associados a uma maior tendência a adotar esse estilo de <i>coping</i>.</p> <p>A validade e a fidelidade foi comprovada em estudos anteriores (Fukui <i>et al.</i>, 2000 e Kissane <i>et al.</i>, 2003, cit. por Oh e Kim, 2010). Neste estudo, o alfa de Cronbach foi de 0,86 para o espírito de luta e de 0,85 para o desânimo-fraqueza e falta de esperança.</p> <p>– Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Zigmond e Snaith, 1983): utilizada para avaliar a ansiedade e depressão.</p> <p>A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) consiste em 14 itens: sete para a ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). Cada subescala é pontuada de 0 a 21, em que os resultados mais elevados correspondem a maiores níveis de ansiedade ou depressão.</p> <p>A fidelidade da escala foi obtido com um alfa de Cronbach entre 0,68 e 0,93 para a ansiedade e entre 0,67 e 0,9 para a depressão (Bjelland, Dahl, Haug, e Neckelmann, 2002, cit. por Oh e Kim, 2010).</p> <p>A versão coreana do HADS foi validada na Coreia (Oh, Min e Park, 1999). No entanto, neste estudo a fiabilidade geral da escala foi obtida com um alfa de Cronbach de 0,83 apesar da fidelidade da subescala HADS-D ser muito baixa (alfa de Cronbach = 0,5).</p> <p>– Comportamentos de autocuidado: avaliados através da escala desenvolvida pelo coreano Oh <i>et al.</i> (1997). A escala inclui comportamentos de autocuidado relacionados com o tratamento e com a promoção da saúde em doentes oncológicos e é composta por 20 itens cada um pontuado de 1 a 7, em que os valores mais altos correspondem a comportamentos de autocuidado adequados.</p> <p>A validade e fidelidade da escala foi comprovada no estudo de Oh <i>et al.</i> (1997, cit. por Oh e Kim, 2010). Neste estudo, a fiabilidade foi confirmada com um alfa de Cronbach de 0,79.</p>
<p>PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS:</p> <p>Os métodos de análise de dados estão descritos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>Descreve as estratégias de análise de dados? Que tipos de análises estatísticas são realizados? (descritiva, inferencial, etc.) São adequadas ao tipo de estudo e ao nível de medida?</p> <p>Foram utilizadas análises descritivas para analisar as características da população e as variáveis em estudo.</p> <p>Os testes qui-quadrado, testes de Fisher, e testes <i>t</i> para amostras independentes foram utilizados para determinar a homogeneidade das características gerais entre os grupos experimental e de controlo.</p> <p>O efeito da intervenção em cada variável foi medido através dos testes de análise de covariância para testar diferenças entre os dois grupos após o ajustamento aos valores no início do estudo e para testar as diferenças obtidas relativamente às características sociodemográfica e clínicas.</p> <p>O nível de significância estatística assumido foi de 0,05.</p> <p>As estratégias de análise dos dados estão adequadas ao estudo.</p>

<p>RESULTADOS:</p> <p>Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Quais foram os resultados encontrados? Foram estatisticamente significativos (i.e., $p < .05$)? Se não, o estudo incluiu uma amostra grande o suficiente para evidenciar uma diferença importante, caso ela tenha ocorrido? No caso de múltiplos resultados, isso foi considerado para a análise estatística?</p> <p>Qual a importância clínica dos resultados? Houve diferença clinicamente significativa entre grupos? (se isso se aplica ao estudo)</p> <p>No início do estudo não se verificaram diferenças significativas entre os grupos quanto aos <i>outcomes</i> avaliados. Após a intervenção verificaram-se diferenças significativas no espírito de luta ($p = .005$) e nos comportamentos de autocuidado ($p < .001$), sendo que no grupo de intervenção os <i>scores</i> aumentaram e no grupo de controlo diminuíram. Em particular, os comportamentos de autocuidado melhoraram em 28% no grupo de intervenção.</p> <p>Apesar disto, não se verificaram diferenças significativas no desânimo ou falta de esperança ($p = .42$), na ansiedade ($p = .279$) e na depressão ($p = .068$). Embora não se tenham verificado diferenças significativas entre os dois grupos, os valores de desânimo-fraqueza ou falta de esperança e depressão diminuíram ligeiramente no grupo de intervenção e aumentaram no grupo de controlo. Do mesmo modo, os níveis de ansiedade aumentaram em ambos os grupos, mas com maior expressão no grupo de controlo.</p>
<p>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS:</p> <p>As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os resultados do estudo são generalizáveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>A importância clínica está descrita?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>O que o estudo concluiu?</p> <p>Segundo os autores, os resultados do estudo foram inesperados, provavelmente devido à forma como foi desenvolvida a intervenção ou à própria teoria em que se baseou.</p> <p>Apesar disto, os investigadores referem que o estudo demonstrou que uma intervenção psicossocial através de recursos multimédia pode ser utilizado como instrumento para facilitar a aquisição de estratégias de <i>coping</i> eficazes e comportamentos de autocuidado em doentes oncológicos com tratamento adjuvante.</p> <p>Quais as implicações desses resultados para a prática clínica?</p> <p>Os enfermeiros estão otimamente posicionados para proporcionar suporte e orientação, no sentido de promover a adaptação dos doentes ao cancro.</p> <p>Quais foram as principais limitações ou erros no estudo?</p> <p>A alocação dos participantes aos grupos não foi aleatória. Além disto, existiu uma grande perda de elementos da amostra, sendo que os participantes que abandonaram o estudo diferenciaram-se significativamente dos participantes que completaram o estudo relativamente ao seu estado mais avançado da doença.</p> <p>A fidelidade da subescala depressão da HADS não foi demonstrada para este estudo.</p> <p>Outra limitação do estudo foi a não-observação dos resultados a longo-prazo e, portanto, não puderam avaliar a perduração dos efeitos da intervenção.</p> <p>Além disto, as próprias características clínicas dos doentes no início do estudo indicaram baixos níveis de ansiedade e depressão, dificultando o registo de melhorias significativas.</p> <p>As características dos participantes e as diferenças na trajetória do tratamento poderão também ter influenciado os resultados.</p>

Formulário de Revisão Crítica – Estudos Quantitativos

Adaptado de Law *et al.* (1998), Caldwell, Henshaw e Taylor (2005), e Caldwell, Henshaw e Taylor (2011)

ESTUDO 8

<p>CHOU, P.; LIN, C. – A pain education programme to improve patient satisfaction with cancer pain management: a randomised control trial. Journal of Clinical Nursing. Vol. 20, n.º 13/14, (2011), p. 1858-1869.</p>	
<p>O título reflete o seu conteúdo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os autores são credíveis (i.e., apresentam habilitações académicas ou ligação a algum atividade profissional de relevância para a investigação)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>O resumo sintetiza os pontos principais do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>REVISÃO DA LITERATURA:</p> <p>A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>A revisão da literatura está compreensível?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>A revisão da literatura está atualizada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Descreva a pertinência deste estudo.</p> <p>A dor oncológica é um problema sério, sendo que compreender a satisfação e os mecanismos que a ela estão envolvidos, poderá ser de extrema importância para a prática clínica. Vários estudos reconheceram que as relações entre os profissionais e os doentes e a satisfação do doente com essas relações podiam atuar como um dos fatores determinantes na adesão ao regime terapêutico (Cameron 1996 e Bos <i>et al.</i> 2005 cit. por Chou e Lin, 2011). Intervenções que promovam a satisfação dos utentes podem influenciar positivamente os resultados no tratamento da dor oncológica. Vários estudos demonstraram que intervenções focadas na quebra de barreiras à adesão ao regime terapêutico dos doentes oncológicos diminuem a dor relacionada com o cancro. No entanto, os mecanismos envolvidos na redução destas barreiras não tinham sido explorados até à altura deste estudo. Este estudo é pertinente dado que sugere a satisfação dos utentes como um fator determinante para a adesão ao regime terapêutico e a compreensão de tal mecanismos é de muita importância para a prática clínica.</p>
<p>OBJETIVOS/ FINALIDADE DO ESTUDO:</p> <p>Está claramente descrito?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Descreva os objetivos/finalidade do estudo. Como é que este estudo se aplica à sua questão de investigação?</p> <p>Avaliar a eficácia de um programa de suporte informativo na satisfação dos doentes oncológicos com o tratamento da dor. Estudar de que forma a satisfação do doente com a gestão da dor é um mediador na adesão aos analgésicos.</p> <p>Este estudo é importante para dar resposta à questão de investigação desta revisão porque a satisfação com o tratamento e a adesão ao regime terapêutico contribuirá para facilitar a autogestão da doença. De acordo com Hirsh <i>et al.</i> (2005, cit. por Chou e Lin, 2011), se os doentes estiverem satisfeitos com a gestão da sua dor estarão mais sensíveis a cumprir as indicações dos profissionais de saúde.</p> <p>Existe alguma hipótese formulada? Se sim, descreva.</p> <p>Os programas educativos de longa duração sobre a gestão da dor oncológica desenvolvidos em doentes e familiares cuidadores melhorariam a satisfação do doente oncológico. A satisfação do doente com a gestão da dor poderia ser um mediador significativo entre as barreiras e a adesão aos analgésicos.</p>
<p>DESENHO:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Experimental <input type="checkbox"/> Quasi-experimental</p>	<p>Descreva o desenho do estudo. Este desenho está adequado à pergunta do estudo? (i.e., pelo nível do conhecimento sobre o assunto, resultados, questões éticas, etc.)</p>

<input checked="" type="checkbox"/> Randomizado <input type="checkbox"/> Coorte <input type="checkbox"/> Estudo de caso único <input type="checkbox"/> Pré e pós intervenção <input type="checkbox"/> Caso-controle <input type="checkbox"/> Estudo de caso <input type="checkbox"/> Descritivo <input type="checkbox"/> Correlacional <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Longitudinal	<p>Este estudo foi conduzido nos serviços de oncologia em regime de ambulatório de dois hospitais em Taipei, na República da China e utilizou um processo de randomização para distribuir aleatoriamente os participantes por dois grupos (experimental e de controlo).</p> <p>Este estudo está adequado dado que o nível de conhecimento sobre o assunto é reduzido e os resultados que pretende avaliar podem ser testados a partir deste tipo de estudo.</p>
<p>METODOLOGIA:</p> <p>AMOSTRA: N=136 A amostra foi descrita detalhadamente? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A amostra é representativa da população? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Amostragem (quem; características; quantos; como foi formada a amostra?). Havia mais de um grupo? Foram emparelhados?</p> <p>Através de um processo de amostragem intencional foram selecionados 174 doentes e familiares cuidadores, ou seja 87 pares (i.e. um par representa um doente e um familiar), dos quais 19 pares recusaram a sua participação no estudo. Deste modo, 68 pares de indivíduos foram distribuídos aleatoriamente pelos grupos experimental (n=68) e de controlo (n=68), sendo a amostra final constituída por 61 pares doente-familiar (n = 122) que completaram todas as etapas do estudo, dos quais 31 pares estavam alocados ao grupo experimental e 30 pares ao grupo de controlo.</p> <p>Os critérios de seleção foram: (1) diagnóstico de cancro; (2) presença de dor oncológica sob tratamento de analgésicos orais; (3) idade superior a 18 anos de idade; (4) capacidade de comunicar na língua chinesa. Os participantes com défices cognitivos ou metástases cerebrais foram excluídos do estudo.</p> <p>Este estudo utilizou o <i>software</i> SSIZE (Hsieh, 1991) para calcular o tamanho da amostra a partir de um pré-teste. As pontuações referentes à satisfação dos doentes foram utilizadas como resultado principal, com valor de alfa de 0,05 e um teste de poder de 85%. As pontuações de satisfação no pré-teste foram 3,5 (um pouco insatisfeito) e após duas semanas 4,5 (pouco satisfeito). Assim, cada grupo tinha de ter 30 participantes com uma diferença de um, entre os dois grupos.</p> <p>Quais as características da amostra?</p> <p>Quanto às características dos participantes tinham várias formas de cancro: nasofaríngeo (21%), cancro da mama (18%), oral (16%), pulmão (6%), colorretal (6%) e outros (20%).</p> <p>No grupo experimental, os participantes tinham as seguintes características: 60% mulheres, média de idade de 55 anos ($DP = 14.38$), estado funcional de 81 ($DP = 13.8$), intensidade de dor 3,31 ($DP = 1.37$) e 77% com metástases.</p> <p>No grupo de controlo, os participantes tinham as seguintes características: 60% mulheres, média de idade de 59 anos ($DP = 16.60$), estado funcional de 85 ($DP = 11.40$), intensidade de dor 3,76 ($DP = 1.94$) e 70% com metástases.</p> <p>Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos no que diz respeito às prescrições médicas (anti-inflamatórios não-esteroides, codeína/tramadol, morfina, fentanil, terapia adjuvante) e às características sociodemográficas e clínicas, à exceção do tipo de tratamento, isto é, verificou-se uma diferença significativa entre os doentes que recebiam quimioterapia ou radioterapia e aqueles que não recebiam nenhum tipo de tratamento ($p = .02$).</p> <p>Houve abandono do estudo por parte de algum dos participantes? Porquê? (Os motivos foram esclarecidos e os abandonos foram adequadamente abordados?)</p>

<p>INTERVENÇÃO: A intervenção está descrita detalhadamente? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A “contaminação” foi evitada? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, se a as variáveis parasitas foram controladas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>PROCEDIMENTO DE COLHEITA DOS DADOS E INSTRUMENTOS: As medidas utilizadas estão descritas? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>As medidas apresentam validade? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>No segundo momento de <i>follow-up</i> (t2) dois participantes abandonaram o grupo experimental por agravamento do estado clínico e dois o grupo de controlo por internamento (n=1) e por desejo de abandonar o estudo (n=1).</p> <p>No terceiro momento de <i>follow-up</i> (t3) um participante abandonou o grupo experimental por desejo próprio (n=1) e dois o grupo de controlo, um porque morreu e outro porque o investigador não estava disponível para a avaliação.</p> <p>Descreva os procedimentos éticos. Os participantes assinaram o termo de consentimento? Este estudo foi aprovado pelos Comitês Hospitalares dos Assuntos Humanos e todos os participantes assinaram o consentimento informando.</p> <p>Descreva sucintamente a intervenção (foco da intervenção, quem a realizou, com que frequência, local / contexto clínico). No dia da primeira sessão, o assistente de investigação (enfermeiro), desenvolveu uma sessão de educação para os doentes e familiares cuidadores, utilizando um folheto. Cada participante recebeu uma cópia do folheto educativo e foi informado sobre a possibilidade de contactar a equipa de investigação através de chamada telefónica para algum esclarecimento de dúvidas. O conteúdo do folheto foi validado por um painel de peritos e modificado de acordo com as opiniões dos peritos e dos doentes. Este folheto foi previamente utilizado num programa de suporte informativo no âmbito da dor (Chang <i>et al.</i> 2002 e Lin <i>et al.</i> 2006, cit. por Chou e Lin, 2011). A segunda e terceira sessões foram realizadas, respetivamente, às duas e quatro semanas após sessão de suporte informativo. Em cada sessão, os investigadores responderam a quaisquer dúvidas que os doentes ou familiares cuidadores tivessem em relação à sessão de educação sobre a dor. Em relação ao grupo de controlo, os doentes receberam os cuidados normais e completaram individualmente e independentemente o questionário sobre os dados demográficos e sobre a dor na primeira sessão. Estes participantes também preencheram os questionários durante as sessões de follow-up às duas e quatro semanas. O grupo de controlo não beneficiou do programa de educação, sendo que o assistente de pesquisa apenas respondeu às questões efetuadas pelos participantes.</p> <p>Não existem dados relativos à existência ou não de co-intervenção, mas os autores afirmam que os grupos não são comparáveis relativamente aos tratamentos, o que pode ter influenciado esta questão.</p> <p>A intervenção realizada pode ser utilizada na prática clínica? Sim.</p> <p>Descreva os instrumentos utilizados na recolha dos dados e as suas propriedades métricas (fidelidade e validade). – American Pain Society (APS) outcome questionnaire: desenvolvido para explorar a satisfação do doente com o tratamento da dor oncológica (Ward e Gordon 1994 e Miaskowski <i>et al.</i> 1994, cit. por Chou e Lin, 2011). O questionário foi traduzido para mandarim utilizando um método de tradução e retro tradução para garantir a sua precisão. Este questionário foi constituído por três partes: (1) avaliação da satisfação do doente com o método de tratamento da dor prescrito pelo médico, (2) avaliação da satisfação do doente com o método de gestão da</p>
--	---

<p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>As medidas apresentam fidelidade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>dor efetuado pelo enfermeiro e (3) avaliação do doente sobre a sua satisfação com o tratamento global em relação à gestão da dor.</p> <p>O instrumento foi pontuado numa escala de Likert de 6 pontos, variando de 6 ("muito satisfeitos") a 1 ("muito insatisfeito").</p> <p>A validade e fidelidade do instrumento foram confirmadas nos estudos de Lin (2000) e Panteli e Patistea (2007) cit. por Chou e Lin (2011).</p> <p>– Barriers Questionnaire-Taiwan form (BQT): desenvolvido especificamente para medir as barreiras na utilização de analgésicos em doentes oncológicos (Ward <i>et al.</i>, 1993, cit. por Chou e Lin, 2011). O instrumento foi traduzido e adaptado à população da República da China, sendo composto por 34 itens e nove subescalas (Lin, 2001, cit. por Chou e Lin, 2011): (1) dependência do medicamento (três itens), (2) progressão da doença, isto é, sensação de que uma maior dor é sinónimo de um agravamento da doença (três itens), (3) tolerância, isto é, sensação de que a terapêutica deve ser "guardada" para o caso da dor se agravar (três itens), (4) fatalismo, isto é, sensação de que não é possível controlar a dor (três itens), (5) fatalismo religioso, isto é, opinião de que a dor é causada por Deus e que as pessoas só têm de a suportar no sentido de não a "levar para a próxima vida" (três itens), (6) "como necessária", isto é, a terapêutico é vista como algo necessário (três itens); (7) preocupação com os efeitos colaterais, isto é, sensação de que a terapêutica irá provocar danos no fígado (10 itens), (8) medo de erros médicos, isto é, sensação de que é mais importante para os médicos curar a doença do que a dor (três itens) e (9) desejo de estar bom (três itens).</p> <p>Cada item do instrumento foi pontuado numa escala tipo Likert de 0 (não concorda em nada) a 5 (concorda muito).</p> <p>A validade e fidelidade do instrumento foram previamente estabelecidas (Chang <i>et al.</i> 2002, Lin <i>et al.</i>, 2006).</p> <p>– Taiwanese version of the Morisky Medication Adherence Measure (MMAM-T): desenvolvido por Morisky <i>et al.</i> (1986, cit. por Chou e Lin, 2011) com o objetivo de avaliar a adesão aos analgésicos.</p> <p>A teoria subjacente ao instrumento é que os erros na gestão da terapêutica prescrita podem ocorrer por qualquer um dos seguintes motivos: esquecimento, descuido, cessação da toma quando a pessoa se sente melhor ou uso apenas quando se sente pior.</p> <p>A pontuação total variou entre 0 e 4, em que 4 correspondia um maior grau de adesão, 2 a 3 uma adesão moderada e 0 a 1 uma baixa adesão à terapêutica de analgesia.</p> <p>A validade e fidelidade do instrumento foram confirmadas por Tzeng <i>et al.</i> (2008, cit. por Chou e Lin, 2011).</p> <p>– Brief Pain Inventory-Chinese version (BPI-C): utilizado para medir a intensidade da dor e o grau em que a dor interferiu em diversas atividades de vida diária (Wang <i>et al.</i>, 1996, cit. por Chou e Lin, 2011).</p> <p>A primeira fase do questionário BPI consistiu em quatro partes, cada uma com um item pontuado entre 0 (sem dor) a 10 (maior dor imaginável): (1) pior dor nas últimas 24 horas; (2) dor de menor intensidade nas últimas 24</p>
---	--

<p>PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS: Os métodos de análise de dados estão descritos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>horas; (3) dor de média intensidade nas últimas 24 horas; (4) dor no presente momento.</p> <p>A segunda fase do questionário BPI consistiu em sete itens pontuados entre 0 (não interfere) a 10 (interfere completamente) que avaliaram em que medida a dor interferiu nas atividades de vida, no humor, na locomoção, no trabalho, na relação com os outros, no sono e na satisfação com a vida. O score total da escala é calculado através da média da pontuação dos 7 itens. A validade e fidelidade do instrumento foram confirmadas em estudos anteriores (Wang <i>et al.</i>, 1996, Lin <i>et al.</i>, 2.006 e Tsai <i>et al.</i>, 2007 cit. por Chou e Lin, 2011).</p> <p>– Karnofsky Performance Status (KPS): utilizado para avaliar o estado funcional. O instrumento é pontuado numa escala de 1 a 100, distribuído por etapas de 10, em que 0 corresponde à morte e 100 a indivíduos sem queixas e sem evidências de doença. O instrumento apresentou um elevado nível de validade preditiva (Buccheri <i>et al.</i> 1996, cit. por Chou e Lin, 2011).</p> <p>Descreve as estratégias de análise de dados? Que tipos de análises estatísticas são realizados? (descritiva, inferencial, etc.) São adequadas ao tipo de estudo e ao nível de medida? Foram aplicadas equações de estimação generalizadas para analisar os efeitos do programa educativo sobre a dor na satisfação do doente e o teste de Sobel avaliou o papel mediador das barreiras na adesão à terapêutica analgésica. Foram também utilizadas as equações de estimação generalizadas para analisar se o programa educativo melhoraria a satisfação do doente com os enfermeiros e médicos. Para controlar o efeito da intensidade da dor na satisfação do doente, este estudo considerou a intensidade de dor média (pior dor + média da dor + menor dor + dor agora/4) no modelo de análise. Neste estudo, foi utilizado o teste de Sobel (Baron e Kenny, 1986 e Preacher e Hayes, 2004 cit. por Chio e Lin, 2010) para avaliar o papel mediador da satisfação do doente sobre as barreiras existentes em relação ao uso de analgésicos. As estratégias de análise dos dados foram adequadas ao estudo.</p>
<p>RESULTADOS: Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Quais foram os resultados encontrados? Foram estatisticamente significativos (i.e., $p < .05$)? Se não, o estudo incluiu uma amostra grande o suficiente para evidenciar uma diferença importante, caso ela tenha ocorrido? No caso de múltiplos resultados, isso foi considerado para a análise estatística? Qual a importância clínica dos resultados? Houve diferença clinicamente significativa entre grupos? (se isso se aplica ao estudo)</p> <p>1. Influência do programa educativo na satisfação com o papel dos enfermeiros na gestão da dor No início do programa não se verificavam diferenças significativas ($p = .1065$) entre os dois grupos quanto aos níveis de satisfação. Às duas e quatro semanas, ambos os grupos mostraram um aumento no nível de satisfação, no entanto foi no grupo experimental que se notou uma maior diferença com valores de ($p < .0001$) às duas semanas e ($p = .0002$) às quatro semanas, enquanto que no grupo de controlo foi $p = .0027$ às duas semanas e $p = .0073$ às quatro semanas. A satisfação dos participantes do grupo experimental relativamente ao papel do enfermeiro na gestão da dor aumentou significativamente de 3,95 antes da intervenção para</p>

	<p>5,18 às quatro semanas. Já no grupo de controlo, registaram-se valores de satisfação de 4,28 antes da intervenção e 4,72 às quatro semanas.</p> <p>Apesar de se ter notado uma grande elevação da satisfação dos participantes, esta foi pouco acentuada entre a segunda e a quarta semana.</p> <p>2. Influência do programa educativo na satisfação com o papel dos médicos na gestão da dor</p> <p>No início do estudo, os níveis de satisfação com o papel do médico na gestão da dor nos participantes do grupo experimental eram significativamente mais baixos do que os níveis de satisfação do grupo de controlo ($p = .0002$).</p> <p>O grupo de controlo demonstrou um aumento na satisfação ($p = .0415$), no entanto, foi no grupo experimental que se registou um aumento na satisfação mais acentuado, quer às duas semanas ($p = .0001$), quer às quatro semanas ($p = .0001$) após a intervenção e depois de ajustado às diferenças nos tipos de tratamento entre os grupos do estudo.</p> <p>A satisfação dos participantes do grupo experimental, relativamente ao papel do médico na gestão da dor, aumentou significativamente de 4,54 antes da intervenção para 5,64 às quatro semanas. Já no grupo de controlo, registaram-se valores de satisfação de 5,11 antes da intervenção e 5,45 às quatro semanas.</p> <p>Apesar de se ter notado uma grande elevação da satisfação dos participantes, esta foi pouco acentuada entre a segunda e a quarta semana.</p> <p>3. O papel mediador da satisfação com os enfermeiros nas barreiras para a adesão aos analgésicos prescritos</p> <p>Os resultados revelaram que no grupo experimental, a satisfação dos doentes com a gestão da dor foi um mediador entre as barreiras para a adesão aos analgésicos ($p < .0001$) com uma percentagem de efeito total mediado de 47,43%. No entanto, não se verificou qualquer relação no grupo de controlo.</p> <p>4. O papel mediador da satisfação com os médicos nas barreiras para a adesão aos analgésicos prescritos</p> <p>Os resultados revelaram que no grupo experimental, a satisfação dos doentes com a gestão da dor foi um mediador entre as barreiras para a adesão aos analgésicos ($p < .0001$) com uma percentagem de efeito total mediado de 45,56%. No entanto, não se verificou qualquer relação no grupo de controlo.</p>
<p>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS:</p> <p>As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os resultados do estudo são generalizáveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>A importância clínica está descrita?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>O que o estudo concluiu?</p> <p>Este estudo conclui que um programa de suporte informativo sistemático, cara-a-cara, envolvendo vários encontros com os doentes e respetivos familiares pode resultar num aumento da satisfação com a gestão da dor, que como foi demonstrado, tem um papel mediador no aumento da adesão aos analgésicos.</p> <p>Quais as implicações desses resultados para a prática clínica?</p> <p>A satisfação dos utentes com os enfermeiros e médicos atua como um fator mediador e não pode ser descurado da prática clínica.</p> <p>Os profissionais de saúde devem estar não só preocupados com os conhecimentos dos doentes e familiares em relação à terapêutica, mas devem também estabelecer relações com respeito, empatia e escuta ativa a fim de alcançar a satisfação dos doentes e, consequentemente, a adesão aos analgésicos prescritos.</p> <p>Quais foram as principais limitações ou erros no estudo?</p> <p>Em primeiro lugar, não se tratou de um estudo duplamente-cego. Em segundo lugar, a satisfação dos participantes com os médicos ou enfermeiros foi de 45,56-47,73% de efeito mediador nas barreiras para a adesão aos analgésicos. Outros fatores,</p>

	<p>como os efeitos adversos da medicação ou o contexto social podem ter influenciado os resultados.</p> <p>Em terceiro lugar, o tamanho da amostra para usar o teste de Sobel foi pequeno.</p>
--	--

Formulário de Revisão Crítica – Estudos Quantitativos

Adaptado de Law *et al.* (1998), Caldwell, Henshaw e Taylor (2005), e Caldwell, Henshaw e Taylor (2011)

ESTUDO 9

<p>KORSTJENS, I. – Effects of cancer rehabilitation on problem-solving, anxiety and depression: A RCT comparing physical and cognitive-behavioural training versus physical training. Psychology & Health. Vol. 26, (2011), p. 63-82.</p>	
<p>O título reflete o seu conteúdo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os autores são credíveis (i.e., apresentam habilitações académicas ou ligação a algum atividade profissional de relevância para a investigação)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>O resumo sintetiza os pontos principais do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>REVISÃO DA LITERATURA:</p> <p>A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>A revisão da literatura está compreensível?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>A revisão da literatura está atualizada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Descreva a pertinência deste estudo.</p> <p>Depois do diagnóstico de cancro e do respetivo tratamento, cerca de 30% dos doentes expressam necessidades de suporte formal a nível da gestão de sintomas físicos, psicológicos e problemas sociais (Van Harten <i>et al.</i>, 1998 cit. por Korstjens <i>et al.</i>, 2011). Para dar resposta a estas necessidades, pode ser adequada uma intervenção cognitivo-comportamental baseada na resolução de problemas, dado que estudos anteriores demonstraram reduções dos níveis de ansiedade e depressão ao longo dos anos após o tratamento (D’Zurilla e Nezu, 2007, cit. por Korstjens <i>et al.</i>, 2011).</p> <p>O treino cognitivo-comportamental centrado na resolução de problemas é baseado no modelo de Lazarus e pretende disponibilizar estratégias a nível cognitivo e comportamental focadas no <i>stress</i> e nas habilidades de <i>coping</i> com o objetivo de orientar a pessoa de modo a evitar a adoção de estratégias de <i>coping</i> ineficazes (D’Zurilla e Nezu, 2007 cit. por Korstjens <i>et al.</i>, 2011).</p> <p>Este estudo foi o primeiro ensaio clínico a testar os efeitos a longo prazo na resolução de problemas, ansiedade e depressão utilizando a combinação de duas intervenções: treino físico (PT) e treino cognitivo-comportamental na resolução de problemas (CBT).</p>
<p>OBJETIVOS/ FINALIDADE DO ESTUDO:</p> <p>Está claramente descrito?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Descreva os objetivos/finalidade do estudo. Como é que este estudo se aplica à sua questão de investigação?</p> <p>Testar os efeitos na resolução de problemas, ansiedade e depressão de uma intervenção focada na autogestão da doença durante 12 semanas, combinada de treino físico (PT) com treino cognitivo-comportamental de resolução de problemas (CBT) comparativamente a uma intervenção com apenas treino físico. Este estudo aplica-se à questão de investigação desta revisão porque avalia os efeitos de uma intervenção de autogestão a nível cognitivo-comportamental desenvolvida por enfermeiros na adaptação à doença oncológica, avaliando os níveis de ansiedade, depressão e a resolução de problemas.</p> <p>Existe alguma hipótese formulada? Se sim, descreva.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A intervenção combinada com PT e CBT iria demonstrar mais efeitos positivos a curto e longo prazo na resolução de problemas, ansiedade e depressão do que apenas a intervenção PT, implementada isoladamente. 2. Os participantes com maiores níveis de <i>stress</i> (ou seja, pontuações de ansiedade e/ou depressão superiores a 11) beneficiariam mais com a adição da

	<p>intervenção CBT à PT do que os participantes com níveis de <i>stress</i> inicialmente mais baixos.</p> <p>3. As melhorias na resolução de problemas estariam associadas a melhorias na ansiedade e depressão.</p>
<p>DESENHO:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Experimental <input type="checkbox"/> Quasi-experimental</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Randomizado <input type="checkbox"/> Coorte <input type="checkbox"/> Estudo de caso único <input type="checkbox"/> Pré e pós intervenção <input type="checkbox"/> Caso-controle <input type="checkbox"/> Estudo de caso <input type="checkbox"/> Descritivo <input type="checkbox"/> Correlacional <input type="checkbox"/> Outro</p> <p><input type="checkbox"/> Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Longitudinal</p>	<p>Descreva o desenho do estudo. Este desenho está adequado à pergunta do estudo? (i.e., pelo nível do conhecimento sobre o assunto, resultados, questões éticas, etc.)</p> <p>Neste estudo experimental, randomizado e controlado, os participantes foram aleatoriamente distribuídos pelo grupo PT ou PT+CBT e apenas tiveram conhecimento a que grupo pertenciam na primeira sessão da intervenção.</p> <p>Os dados foram recolhidos antes da intervenção, imediatamente após a intervenção (12 semanas) e aos três e nove meses após a intervenção.</p> <p>Dada a motivação dos doentes oncológicos para participar em intervenções de exercício físico (Stull <i>et al.</i>, 2007 cit. por Korstjens <i>et al.</i>, 2011), não foi possível incluir um grupo de controlo randomizado sem intervenção, dadas as ofertas a este nível na Holanda. Tendo em conta isto, foi constituído um grupo de comparação não-randomizado (UCC) composto por doentes oncológicos que tinham de esperar para pertencer a um programa de reabilitação tendo preenchido os questionários antes da intervenção e 12 semanas mais tarde.</p>
<p>METODOLOGIA:</p> <p>AMOSTRA: N=209 A amostra foi descrita detalhadamente? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>	<p>Amostragem (quem; características; quantos; como foi formada a amostra?). Havia mais de um grupo? Foram emparelhados?</p> <p>Os critérios de inclusão de participantes neste ensaio clínico foram: doentes oncológicos adultos (idade superior ou igual a 18 anos) com tratamento finalizado e com uma esperança média de vida estimada em pelo menos um ano de vida, no máximo aos três meses anteriores ao estudo. Este último critério foi obtido através de um médico com base em, pelo menos, três aspetos: limitações físicas, capacidade física diminuída, problemas psicológicos, aumento de fadiga, distúrbios de sono e problemas na adaptação às limitações físicas e psicossociais derivadas do cancro.</p> <p>Os critérios de exclusão estabelecidos foram: efeitos secundários da medicação, distúrbios e problemas cognitivos, psicológicos ou emocionais que impedissem de participar no estudo e que necessitassem de tratamento médico ou reabilitação intensiva.</p> <p>O ensaio clínico foi divulgado através de folhetos entregues a profissionais de saúde e em hospitais, jornais locais, rádio, televisão e no <i>site</i> www.oncorev.nl. Os doentes que contactaram os centros envolvidos no estudo receberam uma carta com informação alusiva ao estudo, um consentimento informado e um questionário de recolha de dados iniciais e outros documentos de referência.</p> <p>Os participantes foram recrutados entre fevereiro de 2004 e janeiro de 2007.</p> <p>Quanto ao tamanho de amostra, foi estimado em 64 participantes em cada grupo para detetar um tamanho de efeito moderado ($d = 0.50$) com um poder de 0,80 e uma alfa bicaudal de 0,05. Prevendo uma percentagem de mortalidade da amostra na ordem dos 10%, foram necessários 71 participantes em cada grupo.</p> <p>Deste modo foram distribuídos aleatoriamente 147 participantes pelo grupo PT (n=71) e pelo grupo PT+CBT (n=76).</p> <p>O grupo UCC foi constituído por doentes oncológicos com os mesmos critérios anteriores, mas que tinham de esperar três meses para pertencer a um programa de reabilitação multidisciplinar. Estes participantes eram livres de recorrer a</p>

<p>A amostra é representativa da população?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>atividades físicas e aconselhamento psicológico. Deste modo, foram seleccionados 62 participantes entre fevereiro de 2004 e setembro de 2006.</p> <p>Quais as características da amostra?</p> <p>Os participantes dos grupos PT e PT+CBT foram maioritariamente mulheres (83,7%) e com uma média de idades de 48,8 anos ($DP = 10.9$) e na maioria casados ou em união de facto (70,7%). A maioria dos participantes tinham níveis de escolaridade intermédios (49,0%) e altos (37,4%).</p> <p>Quanto aos indicadores clínicos, mais de metade da população tinha cancro da mama (55,8%), enquanto os restantes tinham cancro de origem hematológica (15,6%), ginecológica (11,6%), urológica (6,1%) pulmonar (2,7%), cancro do cólon (2,0%) e outros (6,1%). Quanto ao tratamento, 85,7% foram submetidos a cirurgia, 68,0% tinham feito quimioterapia e 57,1% radioterapia.</p> <p>Antes da intervenção, menos de um terço dos participantes demonstraram altos níveis de <i>stress</i> (ansiedade ≥ 11; depressão ≥ 11) dos quais 19 no grupo PT e 24 no grupo PT+CBT ($p = .52$). Não se registaram diferenças significativas comparativamente com os participantes que revelaram baixos níveis de <i>stress</i> em termos das características sociodemográficas e clínicas, à exceção da idade, em que os participantes com maiores níveis de <i>stress</i> apresentaram idade média de 51,7 anos ($DP = 10.0$) comparativamente a 45,9 anos ($DP = 10.3$) dos participantes com menores níveis de <i>stress</i> ($p = .03$).</p> <p>Não se verificaram diferenças significativas no que respeita aos dados sociodemográficos e clínicos entre os 147 que foram incluídos nos grupos PT e PT+CBT e os 15 doentes que cumpriram os critérios de inclusão, mas que não participaram no estudo, à exceção do tratamento de radioterapia, sendo menos pronunciado nos 147 participantes comparativamente aos 15 que não participaram no estudo (57,1% e 86,7%, respetivamente; $p = .03$).</p>
<p>Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Houve abandono do estudo por parte de algum dos participantes? Porquê? (Os motivos foram esclarecidos e os abandonos foram adequadamente abordados?)</p> <p>Neste ensaio clínico, nove participantes no grupo PT e seis no grupo PT+CBT abandonaram o estudo por razões médicas (agravamento da doença, recidivas, referência para reabilitação individual, gravidez e falecimento) e por razões pessoais (insatisfação com a randomização e responsabilidades paternas que impediam a continuação no estudo).</p> <p>Descreva os procedimentos éticos. Os participantes assinaram o termo de consentimento?</p> <p>Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Medicina de Utrecht e desenvolvido de acordo com os princípios da Declaração de Helsínquia, revistos em 1983. Os participantes assinaram o termo de consentimento informado.</p>
<p>INTERVENÇÃO:</p> <p>A intervenção está descrita detalhadamente?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p>	<p>Descreva sucintamente a intervenção (foco da intervenção, quem a realizou, com que frequência, local / contexto clínico).</p> <p>No grupo PT foi efetuado um programa de treino físico (PT) realizado durante 12 semanas (sessões de duas horas, duas vezes por semana). O grupo PT+CBT recebeu esta mesma intervenção conjuntamente com a intervenção de treino cognitivo comportamental (CBT) realizadas durante 12 semanas (sessões de duas horas, uma vez por semana).</p> <p>A intervenção PT foi desenvolvida por um fisioterapeuta e a intervenção CBT por um psicólogo e um enfermeiro, fisioterapeuta e assistente social. A experiência dos</p>

PROCEDIMENTO DE COLHEITA DOS DADOS E INSTRUMENTOS:	Descreva os instrumentos utilizados na recolha dos dados e as suas propriedades métricas (fidelidade e validade).
<p>As medidas utilizadas estão descritas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>As medidas apresentam validade?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>As medidas apresentam fidelidade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>– Variáveis sociodemográficas e clínicas: avaliadas por meio de questionários de autorrelato, com a confirmação dos dados clínicos através dos seus médicos de referência.</p> <p>– Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R) (D’Zurilla <i>et al.</i>, 2002 e Kole-Snijders <i>et al.</i>, 2006 cit. por Korstjens <i>et al.</i>, 2011): este questionário contém cinco subescalas: (1) orientação negativa para o problema (10 itens, a variar entre 0 e 40), (2) orientação positiva para o problema (cinco itens, a variar entre 0 e 20), (3) resolução racional de problemas (20 itens, a variar entre 0 e 80), (4) estilo impulsivo/descuidado (10 itens, a variar entre de 0 e 40) e (5) estilo de evitamento/negação (sete itens, a variar entre 0 e 28).</p> <p>Pontuações mais altas de orientação negativa para o problema indicavam uma maior tendência para ver um problema como uma ameaça significativa para o bem-estar, influenciando o pessimismo, as expectativas de e a baixa autoeficácia (Bandura, 1997 cit. por Korstjens <i>et al.</i>, 2011) e baixa tolerância à frustração. Pontuações elevadas na orientação positiva para o problema indicam uma grande tendência para ver o problema como um desafio em vez de uma ameaça, resultando em otimismo, expectativas positivas e autoeficácia (Bandura, 1997 cit. por Korstjens <i>et al.</i>, 2011) e a crença de que a resolução do problema depende do tempo, esforço e persistência. Elevadas pontuações na resolução racional dos problemas indica que se trata de um pessoa cuidadosa que identifica oportunidades, obstáculos, objetivos, soluções alternativas, consequências das alternativas e decide e implementa a solução, avaliando e monitorizando minuciosamente os resultados esperados. Estilos impulsivos ou descuidados indicam pessoas que identificam poucas alternativas, consequências e resultados esperados face ao problema. Pessoas com elevadas pontuações em estilos de evitamento/negação são caracterizadas por evitar os problemas, devolvendo a responsabilidade de os resolver para os outros.</p> <p>Elevados níveis nas subescalas orientação positiva para o problema e resolução racional dos problemas e baixos níveis nas restantes subescalas caracterizam pessoas com capacidade construtiva, funcional, adaptativa e eficaz na resolução dos problemas (D’Zurilla <i>et al.</i>, 2002 cit. por Korstjens <i>et al.</i>, 2011).</p> <p>Neste estudo, o instrumento apresentou fidelidade com alfa de Cronbach de 0,83 para todas as subescalas, confirmando outros estudos anteriores (D’Zurilla <i>et al.</i>, 2002 cit. por Korstjens <i>et al.</i>, 2011) à exceção da subescala orientação positiva para o problema, em que a consistência interna foi relativamente baixa ($\alpha = 0.49$ a 0.66).</p> <p>– Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (Spinhoven <i>et al.</i>, 1997 e Zigmond e Snaith, 1983 cit. por Korstjens <i>et al.</i>, 2011): como os itens que podiam ter uma causa física (por exemplo, insónia ou perda de peso) não estavam incluídos, o instrumento foi considerado faccioso pela coexistência de condições médicas gerais (Spinhoven <i>et al.</i>, 1997 cit. por Korstjens <i>et al.</i>, 2011). A escala total (score total entre 0 e 42), contém duas subescalas de sete itens: ansiedade (a variar entre 0 e 21) e depressão (a variar entre 0 e 21) em que maiores pontuações</p>

<p>PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS: Os métodos de análise de dados estão descritos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>correspondem a uma maior ansiedade ou depressão, respetivamente.</p> <p>Neste estudo, o valor de alfa de Cronbach foi de 0,81, confirmando as observações anteriores (Spinhoven <i>et al.</i>, 1997 cit. por Korstjens <i>et al.</i>, 2011), indicando uma boa consistência interna.</p> <p>Neste estudo, foi criada uma variável dicotómica denominada "stress pré-reabilitação" (maior stress, menor stress). Os participantes com pontuações de ansiedade ≥ 11 e/ou com pontuações de depressão ≥ 11 foram classificados como tendo maior stress, de acordo com o ponto de corte de sintomas de ansiedade ou depressão no manual do instrumento HADS (Van Hemert e Ormel, 1996 cit. por Korstjens <i>et al.</i>, 2011). Os demais participantes foram classificados como tendo baixo stress ('duvidosos' ou 'não-casos').</p> <p>Descreve as estratégias de análise de dados? Que tipos de análises estatísticas são realizados? (descritiva, inferencial, etc.) São adequadas ao tipo de estudo e ao nível de medida?</p> <p>A análise estatística foi realizada utilizando o programa SPSS. Para testar as hipóteses 1 e 2 longitudinalmente foram realizadas análises de intenção-de-tratar utilizando modelos mistos de regressão linear (Blackwell, de Leon e Miller, 2006 cit. por Korstjens <i>et al.</i>, 2011).</p> <p>O efeito da intervenção na resolução dos problemas, ansiedade e depressão foi testado logo após a reabilitação e aos três e nove meses de <i>follow-up</i>. O nível 1 foi o tempo e nível 2 foram os participantes. Foram incluídos termos de interação "tempo x stress pré-reabilitação" e "stress pré-reabilitação x grupo de reabilitação". Um fator "centro" foi incluído devido ao desenho do estudo.</p> <p>Como foi efetuada randomização do grupo, o grupo foi considerado como nível 3. No entanto, após a incorporação do grupo, na maioria das subescalas as análises falharam provavelmente devido ao pequeno tamanho da amostra (16 grupos), a este nível superior (Maas e Hox, 2005) e pequenas diferenças entre os grupos, enquanto que nas subescalas onde as análises obtiveram sucesso, a incorporação do grupo não influenciou os resultados. Foram feitos ajustes tendo em conta os participantes individuais no nível 2, bem como o fator centro.</p> <p>O mesmo método de análise foi realizado para avaliar as mudanças entre os grupos antes da intervenção até aos três meses depois do PT e de PT+CBT comparando com o grupo UCC em todas as subescalas de stress e de resolução de problemas. Nestas análises, não foi incluído o fator "centro", porque o grupo UCC não fazia parte dos quatro centros, sendo corrigido por eventuais diferenças de base nas características sociodemográficas e clínicas entre os grupos de reabilitação e UCC (por exemplo, nível de escolaridade e estado civil).</p> <p>O tamanho do efeito foi calculado como índices de efeitos do tratamento. Um tamanho de efeito inferior a 0,2 significou "nenhum efeito", tamanho de efeito superior ou igual a 0,2 e inferior ou igual a 0,5 "pequeno efeito", um tamanho de efeito maior ou igual a 0,5 e inferior a 0,8 "efeito moderado" e um tamanho de efeito superior ou igual a 0,8 "grande efeito" (Cohen, 1988 cit. por Korstjens <i>et al.</i>, 2011).</p> <p>Para testar a hipótese 3, em primeiro lugar, para a ansiedade e para a depressão, foram utilizadas análises de regressão linear múltipla para avaliar se as pontuações dos participantes antes da intervenção estariam correlacionadas com as pontuações nos domínios de resolução de problemas, enquanto foi ajustado para o centro. Em segundo lugar, para a ansiedade e para a depressão, as análises de regressão linear múltipla foram realizadas para avaliar onde é que as alterações após a</p>
---	---

	<p>intervenção estariam correlacionadas com as mudanças nos domínios da resolução dos problemas no pré e pós intervenção. As variáveis dependentes foram as pontuações de ansiedade e depressão antes da intervenção e as variáveis independentes foram as pontuações das subescalas de resolução de problemas após a intervenção, enquanto corrigidos para as pontuações basais destas variáveis dependentes e independentes e para o centro. As correlações parciais significativas (r) entre os preditores e os resultados, controlando para todos os outros preditores do modelo, estão apresentadas nos resultados.</p> <p>Para explorar as características sociodemográficas e clínicas, resolução de problemas, <i>stress</i> no início e as variáveis de processo, foi utilizado o teste ANOVA para dados contínuos e testes qui-quadrado para dados de ordem categorial. As estratégias de análise foram adequadas ao estudo.</p>
<p>RESULTADOS:</p> <p>Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Quais foram os resultados encontrados? Foram estatisticamente significativos (i.e., $p < .05$)? Se não, o estudo incluiu uma amostra grande o suficiente para evidenciar uma diferença importante, caso ela tenha ocorrido? No caso de múltiplos resultados, isso foi considerado para a análise estatística? Qual a importância clínica dos resultados? Houve diferença clinicamente significativa entre grupos? (se isso se aplica ao estudo)</p> <p>1. Níveis de resolução de problemas, ansiedade e depressão antes do programa de reabilitação cognitivo-comportamental:</p> <p>No início do estudo, os grupos PT e PT+CBT foram comparados em todos os domínios de resolução de problemas, ansiedade e depressão. Os participantes do estudo relataram dados significativamente piores em todos os domínios da resolução de problemas, da ansiedade e depressão do que os grupos de referências da população geral, à exceção da resolução racional dos problemas. Os participantes deste estudo obtiveram uma pontuação global na resolução de problemas melhor (12.3 ± 2.3) do que os participantes do estudo de Nezu <i>et al.</i> (2003) (8.7 ± 1.8).</p> <p>No início do estudo, os participantes com maiores níveis de perturbação emocional apresentaram uma orientação mais negativa para o problema, maior ansiedade e depressão do que os participantes com níveis de perturbação emocional mais baixos. Em relação aos restantes domínios da resolução de problemas avaliados no início do estudo, os participantes com maiores níveis de perturbação emocional não se diferenciaram significativamente em relação aos participantes com menores níveis de perturbação emocional.</p> <p>2. Mudanças na resolução de problemas, ansiedade e depressão:</p> <p>Os participantes que tinham inicialmente níveis mais elevados de <i>perturbação emocional</i> não beneficiaram mais pela adição do programa de treino cognitivo-comportamental ao treino físico do que os participantes com menores níveis de <i>perturbação emocional</i> (interações antes da reabilitação x grupo de reabilitação: todas $p > .05$).</p> <p>Depois do programa, isto é, às 12 semanas os participantes no grupo PT e PT+CBT apresentaram reduções significativas na orientação negativa para o problema (PT: -1.9; 95% IC -3.3 a -0.5, $p < .01$, ES=-0.24; PT+CBT: -2.6; 95% IC -4.0 a -1.3, $p < .001$, ES=-0.33), na ansiedade (PT: -2.3; 95% IC -3.3 a -1.4, $p < .001$, ES=-0.55; PT+CBT: -2.0; 95% IC -2.9 a -1.1, $p < .001$, ES=-0.45) e na depressão (PT: -2.0; 95% IC -2.8 a -1.1, $p < .001$, ES=-0.44; PT+CBT: -1.8 -2.7 a -1.0, $p < .001$, ES=-0.49), sendo mantidas aos três e nove meses de <i>follow-up</i> ($p < .05$).</p> <p>Depois do programa de reabilitação, os participantes no grupo PT e PT+CBT apresentaram níveis semelhantes aos da</p>

	<p>população geral em dois domínios: orientação positiva para o problema e resolução racional dos problemas, tendo sido mantidos nestes níveis até aos três meses de <i>follow-up</i>. Além disto, os participantes do grupo PT+CBT mantiveram os níveis de resolução racional de problemas semelhantes aos da população geral até aos nove meses. A ansiedade e depressão diminuíram nos grupos PT+CBT até aos níveis da população geral depois do programa de reabilitação. No grupo PT, a ansiedade e depressão manteve-se até aos três e nove meses de <i>follow-up</i>, enquanto que no grupo PT+CBT apenas a depressão se manteve nos níveis da população geral até aos três meses de <i>follow-up</i>.</p> <p>Os participantes com níveis iniciais mais elevados de perturbação emocional dos grupos PT e PT+CBT apresentaram reduções significativas nos níveis de ansiedade e depressão depois do programa e estas reduções foram mantidas até aos nove meses de <i>follow-up</i>, no entanto, não alcançaram os níveis da população geral. Os participantes que inicialmente tinham menores níveis de perturbação emocional apresentaram reduções significativas na ansiedade (PT) e depressão (PT+CBT), no entanto, estas reduções não foram mantidas. Os níveis de perturbação emocional destes participantes eram semelhantes em todos os momentos do estudo aos da população geral.</p> <p>3. Associações entre a resolução de problemas, ansiedade e depressão:</p> <p>No início do programa de reabilitação, os níveis de ansiedade dos participantes do grupo PT e PT+CBT eram associados a orientações negativas para o problema ($r = 0.47$) e a menos evitamento ($r = 0.17$) e a mais depressão associada à orientação negativa para o problema ($r = 0.30$) ($p < .05$). Depois do programa de reabilitação, a redução dos níveis de ansiedade e depressão foram associados à redução da orientação negativa para o problema ($r = 0.36$ e $r = 0.31$, respetivamente) e com um aumento da impulsividade ($r = 0.25$ e $r = 0.29$, respetivamente) ($p < .05$). Em nenhum dos outros domínios da resolução de problemas foi observada uma correlação significativa com a ansiedade e a depressão ($p > .05$).</p> <p>4. Comparação com o grupo de cuidados usuais:</p> <p>Apenas foram encontradas diferenças entre os grupos a nível da ansiedade. Os grupo PT e PT+CBT apresentaram reduções significativas na ansiedade comparativamente com o grupo de cuidados usuais: PT-1.7, (95% IC -3.0 a -0.4, $p = .012$, ES=-0.40); PT+CBT -1.4 (95% IC -2.6 a 0.1, $p = .037$, ES=-0.32). Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos a nível da depressão em qualquer uma das subescalas da resolução de problemas. Não foram identificadas interações significativas entre os níveis de <i>perturbação emocional</i> antes da reabilitação e o grupo de reabilitação em qualquer um dos domínios de <i>perturbação emocional</i> ou resolução de problemas. Foram encontradas interações entre o <i>perturbação emocional</i> antes da reabilitação e o tempo na ansiedade e depressão, mas em nenhuma das subescalas da resolução de problemas. Quando corrigido para a interação entre a perturbação emocional antes da reabilitação e o tempo, foram encontradas reduções significativas na ansiedade entre os grupos PT e PT+CTB comparativamente com o grupo UCC: PT-1.6, (95% IC -2.7 a 0.5, $p = 0.005$, ES=-0.38); PT+CBT -1.1 (95% IC -2.3 a 0.0, $p = .044$, ES=-0.25).</p>
--	---

	<p>Uma das limitações foi a falta de um grupo de controlo durante a intervenção e o período de <i>follow-up</i>.</p> <p>Por outro lado, em comparação com o grupo UCC, os grupos PT e PT+CBT não apresentaram melhorias significativas na depressão ou nas subescalas da resolução de problemas e as interações entre o <i>perturbação emocional</i> e o tempo na ansiedade e depressão podem sugerir uma regressão para a média. No entanto, a intervenção PT reduziu significativamente a ansiedade após o programa quando comparada com o grupo UCC. Isto mostra que os benefícios a longo prazo na ansiedade não se deveram simplesmente à passagem do tempo, mas também à reabilitação efetuada.</p> <p>Outra limitação do estudo foi a baixa consistência interna da subescala “orientação positiva para o problema”.</p>
--	---

Formulário de Revisão Crítica – Estudos Quantitativos

Adaptado de Law *et al.* (1998), Caldwell, Henshaw e Taylor (2005), e Caldwell, Henshaw e Taylor (2011)

ESTUDO 10

<p>RULAND, C. [et al.] – Effects of an internet support system to assist cancer patients in reducing symptom distress: a randomized controlled trial. Cancer Nursing. Vol. 36, n.º 1, (2013), p. 6-17.</p>	
<p>O título reflete o seu conteúdo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os autores são credíveis (i.e., apresentam habilitações académicas ou ligação a algum atividade profissional de relevância para a investigação)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>O resumo sintetiza os pontos principais do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>REVISÃO DA LITERATURA:</p> <p>A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>A revisão da literatura está compreensível?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>A revisão da literatura está atualizada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Descreva a pertinência deste estudo.</p> <p>O <i>WebChoice</i> é uma plataforma da internet baseada nos princípios dos cuidados centrados no doente e foi construída para fornecer apoio e suporte aos doentes oncológicos na autogestão da doença e é composta por componentes que satisfazem as necessidades, perspetivas e experiências no sentido de facilitar a autogestão da doença e a comunicação com os profissionais de saúde. Esta plataforma permite também que os doentes monitorizem os seus sintomas e problemas de saúde ao longo do tempo, tenham acesso fácil a informação e suporte para gerir os sintomas e problemas associados à doença. Contém também opções de autogestão que se adaptam instantaneamente aos problemas relatados pelo doente, fornece a possibilidade de contacto eletrónico com enfermeiros especialistas na área da oncologia que respondem a questões e preocupações, assim como também inclui um fórum de discussão <i>online</i> com outros doentes com cancro (Ruland <i>et al.</i>, 2007 cit. por Ruland <i>et al.</i>, 2013).</p> <p>O principal objetivo da plataforma WebChoice é ajudar os doentes oncológicos a reduzir os sintomas de perturbação emocional, promover a qualidade de vida, o bem-estar, a autoeficácia e o suporte social.</p> <p>De acordo com Ruland <i>et al.</i> (2013), os enfermeiros podem ter um papel fundamental na promoção de cuidados centrados no doente através de plataformas interativas porque se apresentam como suporte na autogestão da doença e do autocuidado.</p> <p>Apesar disto, existe pouca evidência de que o uso de plataformas interativas tenham efeitos a nível da redução de sintomas de perturbação emocional.</p> <p>Este estudo é pertinente porque testa a eficácia de um programa de suporte social na autogestão da doença oncológica.</p>
<p>OBJETIVOS/ FINALIDADE DO ESTUDO:</p> <p>Está claramente descrito?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Descreva os objetivos/finalidade do estudo. Como é que este estudo se aplica à sua questão de investigação?</p> <p>O objetivo do estudo foi avaliar a eficácia da plataforma interativa WebChoice em doentes com cancro da mama e da próstata.</p> <p>Este estudo aplica-se à questão de investigação desta revisão porque avalia os efeitos de uma plataforma interativa de suporte social desenvolvida por enfermeiros na autogestão da doença em doentes oncológicos.</p> <p>Existe alguma hipótese formulada? Se sim, descreva.</p> <p>Os utentes com cancro da mama e cancro da próstata que recebessem a intervenção baseada na plataforma <i>WebChoice</i> teriam melhores resultados ao longo de um ano comparativamente com o grupo de controlo que recebeu apenas <i>links</i> para sites públicos relacionados com o cancro.</p>

	Foi também colocada a hipótese de que a plataforma teria um efeito positivo na depressão, autoeficácia, qualidade de vida e suporte social.
DESENHO: <input checked="" type="checkbox"/> Experimental <input type="checkbox"/> Quasi-experimental <input checked="" type="checkbox"/> Randomizado <input type="checkbox"/> Coorte <input type="checkbox"/> Estudo de caso único <input type="checkbox"/> Pré e pós intervenção <input type="checkbox"/> Caso-controle <input type="checkbox"/> Estudo de caso <input type="checkbox"/> Descritivo <input type="checkbox"/> Correlacional <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Longitudinal	<p>Descreva o desenho do estudo. Este desenho está adequado à pergunta do estudo? (i.e., pelo nível do conhecimento sobre o assunto, resultados, questões éticas, etc.)</p> <p>Os efeitos da plataforma interativa foram avaliados por meio de um ensaio clínico controlado. 325 participantes foram distribuídos aleatoriamente por dois grupos: um grupo experimental e um grupo de controlo. Os resultados foram avaliados utilizando uma variedade de testes psicométricos em cinco momentos diferentes: antes da intervenção e aos três, seis, nove e 12 meses durante o ensaio clínico.</p> <p>Os participantes do grupo experimental tiveram conhecimento a que grupo pertenciam.</p> <p>O desenho do estudo é adequado porque se pretende testar uma intervenção para a qual o conhecimento ainda é reduzido.</p>
METODOLOGIA: AMOSTRA: N=325 A amostra foi descrita detalhadamente? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica A amostra é representativa da população? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito	<p>Amostragem (quem; características; quantos; como foi formada a amostra?). Havia mais de um grupo? Foram emparelhados?</p> <p>Os critérios de inclusão de participantes no estudo foram: pessoas diagnosticadas com cancro da mama ou próstata e em fase de tratamento (cirurgia e tratamento adicional com radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia ou combinação destas); idade superior a 18 anos; capacidade de falar norueguês; acesso a <i>internet</i> em casa; capacidade para reportar sintomas e preencher os questionários.</p> <p>O tamanho da amostra foi calculado com base em análise de variância para medidas repetidas através de uma abordagem modelo-misto. Assim, seriam necessários 113 participantes em cada grupo para obter um poder de 85,0%. Prevendo uma mortalidade da amostra na ordem dos 30,0%, os autores estimaram o tamanho da amostra necessário em 161 participantes por grupo.</p> <p>Os participantes foram recrutados entre maio de 2006 e julho de 2007 através de um processo de amostragem tendencioso. O convite para participar no estudo foi disseminado através de publicidade em jornais nacionais, revistas semanais, no <i>site</i> da Sociedade Norueguesa do Cancro, como também através de contacto eletrónico dos doentes registados no Registo Nacional de Doentes Oncológicos Noruegueses. A publicidade continha informação sobre o propósito do estudo, duração, critérios de inclusão, o nome do investigador principal, a instituição responsável e um número de contacto telefónico.</p> <p>Os participantes foram emparelhados de acordo com o diagnóstico de cancro e o estadio da doença.</p> <p>Quais as características da amostra?</p> <p>O grupo experimental foi composto por 162 participantes (96 com cancro da mama e 66 com cancro da próstata) com idade média de 56,9 anos ($DP = 10.7$), maioritariamente femininos (60%) e casados (72%).</p> <p>O grupo de controlo foi composto por 163 participantes (93 com cancro da mama e 70 com cancro da próstata) com idade média de 56,4 anos ($DP = 11.5$), maioritariamente femininos (57%) e casados (73%).</p> <p>Os participantes deste estudo tinham, maioritariamente, rendimentos e níveis de escolaridade elevados, sugerindo, segundo os autores, uma não representatividade da amostra.</p> <p>Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos no que respeita à idade, tempo decorrido desde o diagnóstico, estatuto socioeconómico, tipo de tratamento, género, estadio da</p>

<p>Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>INTERVENÇÃO: A intervenção está descrita detalhadamente?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p>	<p>doença e comorbilidade. No entanto, como quase foram identificadas diferenças significativas quanto ao tempo decorrido desde o diagnóstico ($p = .07$) e como se verificaram grandes variações entre os participantes, a possível influência do tempo decorrido foi controlado por meio da sua inclusão na análise como variável covariada.</p> <p>Houve abandono do estudo por parte de algum dos participantes? Porquê? (Os motivos foram esclarecidos e os abandonos foram adequadamente abordados?) Durante o período de <i>follow-up</i> dos participantes, 80 participantes abandonaram o estudo (52 no grupo de intervenção e 28 no grupo de controlo). Não foram apresentadas justificações para a mortalidade da amostra.</p> <p>Descreva os procedimentos éticos. Os participantes assinaram o termo de consentimento? O estudo foi aprovado pelo Comité Regional de Ética do Sul da Noruega. Foi obtido o consentimento informado de todos os participantes do estudo.</p> <p>Descreva sucintamente a intervenção (foco da intervenção, quem a realizou, com que frequência, local / contexto clínico). A intervenção consistiu na exposição do grupo experimental a uma plataforma interativa, designada <i>WebChoice</i>, desenvolvida para apoio aos doentes oncológicos. O conteúdo desta plataforma foi baseado numa revisão de literatura científica sobre o cancro da mama e o cancro da próstata e validado através de um <i>focus group</i> constituído por utilizadores finais (doentes com cancro da próstata e da mama) e através da consulta a especialistas. Foram também efetuados testes de utilização com uma amostra reduzida de utilizadores finais para detetar possíveis erros na plataforma e para formatá-la de acordo com as necessidades dos mesmos. O conteúdo desta plataforma consistiu em:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Componente avaliativa que permitia aos participantes monitorizar e reportar os seus sintomas, problemas e necessidades de suporte em várias dimensões (física, funcional, psicossocial) ao longo do tempo. Os doentes podiam usar esta informação em diferentes maneiras, por exemplo, para monitorizar a melhoria ou deterioração da sua condição e quando alertar os profissionais de saúde, para preparar a consulta hospitalar e a comunicação com o profissional de saúde e para obter suporte na autogestão como descrito de seguida. – Suporte na autogestão de sintomas: continha atividades de autogestão relacionadas com os sintomas, cada qual com informação sobre a atividade, a forma de a fazer, os seus potenciais riscos, efeitos adversos, contraindicações, quando contactar o médico, nível de evidência da atividade e ligações para outras plataformas interativas contendo informação relacionada. – Secção informativa: na qual os participantes tinham acesso a outros recursos na web importantes e a informação específicas sobre tratamentos e efeitos adversos, estilos de vida, direitos e ligações para grupos de suporte. – Secção comunicativa: onde os participantes podiam partilhar experiências com outros doentes e obter suporte formal. Estava incluído, também, um fórum de discussão permitindo aos utilizadores colocar mensagens anónimas e um local para colocação de
---	--

<p>A “contaminação” foi evitada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, se a as variáveis parasitas foram controladas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>PROCEDIMENTO DE COLHEITA DOS DADOS E INSTRUMENTOS:</p> <p>As medidas utilizadas estão descritas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>As medidas apresentam validade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>As medidas apresentam fidelidade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>questões privadas a enfermeiros especialistas na área da oncologia. Os enfermeiros acediam a esta secção nos dias úteis e participaram nos grupos de discussão, quando apropriado.</p> <p>– Os participantes tinham também acesso ao diário, onde podem guardar notas pessoais.</p> <p>Os participantes do grupo de controlo receberam uma carta informando a sua alocação ao grupo de controlo e informação com sugestões de plataformas interativas públicas relacionadas com a doença oncológica que podiam ser-lhes úteis.</p> <p>Os participantes do grupo experimental receberam uma carta informando sobre o grupo a que pertenciam, um manual de utilizador com instruções para utilizar a plataforma <i>WebChoice</i> e um contacto para suporte técnico.</p> <p>A intervenção realizada pode ser utilizada na prática clínica?</p> <p>Sim.</p> <p>O <i>outcome</i> principal avaliado foi os sintomas de perturbação emocional. Os <i>outcomes</i> secundários foram a depressão, autoeficácia, qualidade de vida e suporte social. Os sintomas de perturbação emocional foram avaliados em cinco momentos: no início do estudo e aos três, seis, nove e 12 meses do estudo. Os resultados secundários foram avaliados em quatro momentos: no início do estudo e aos três, seis e 12 meses do estudo.</p> <p>Descreva os instrumentos utilizados na recolha dos dados e as suas propriedades métricas (fidelidade e validade).</p> <p>– Memorial Symptom Assessment Scale-Short Form (MSAS-SF) (Portenoy et al., 1994): utilizada para avaliar os sintomas de perturbação emocional e é composta por três subescalas (sintomas físicos, sintomas psicológicos e index global de perturbação emocional) pontuados numa escala de 5 pontos variando entre 0 (“não de todo”) a 4 (“muito”), em que pontuações mais elevadas expressam mais sintomas de perturbação emocional. A validade do instrumento foi comprovada por Chang et al. (2000 cit. por Ruland et al., 2013). Neste estudo, o instrumento apresentou uma fidelidade de 0,91.</p> <p>– Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (Radloff e Teri, 1986): utilizado para avaliar a depressão. Este instrumento é composto por 20 itens pontuados numa escala de 5 pontos variando entre “raramente ou em nenhum momento” a “frequentemente ou a todo o momento”. Pontuações mais elevadas indicaram maiores níveis de depressão. A validade do instrumento foi verificada pelo estudo de Schroevers et al. (2000). O alfa de Cronbach neste estudo foi de 0,74.</p> <p>– Cancer Behavior Inventory versão 2.0 (Merluzzi et al., 2001): utilizado para avaliar a autoeficácia. O instrumento é composto por 33 itens distribuídos por sete dimensões: manutenção da atividade e independência; procura e compreensão da informação médica; gestão do <i>stress</i>; adaptação ao tratamento e efeitos adversos; aceitação do cancro e manutenção de atitudes positivas; estabilidade afetiva; e procura de suporte. Os participantes responderam ao instrumento pontuando o instrumento numa escala de nove itens desde “nada confiante” a “totalmente confiante”, em que os valores mais elevados correspondiam a uma maior autoeficácia. O estudo de</p>
---	---

<p>PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS: Os métodos de análise de dados estão descritos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>Merluzzi <i>et al.</i> (2001 cit. por Ruland <i>et al.</i>, 2013) comprovou a validade do instrumento. Neste estudo, o instrumento apresentou uma consistência interna com alfa de Cronbach de 0,96.</p> <p>– 15D HRQoL (Sintonen, 2001): utilizado para avaliar a qualidade de vida. Este instrumento é composto por 15 dimensões pontuadas numa escala ordinal de 5 valores, em que os valores mais elevados correspondem a maior qualidade de vida. O instrumento é válido para populações de doentes oncológicos. A fidelidade do instrumento, neste estudo, foi de 0,70.</p> <p>– Medical Outcomes Study Social Support Survey (Sherbourne e Stewart, 1991): utilizado para avaliar o suporte social e trata-se de um instrumento com 20 itens distribuídos por duas subescalas (suporte instrumental e suporte emocional) e pontuados numa escala de 5 pontos entre “em nenhum momento” a “a todo o momento”. Pontuações mais elevadas correspondem a um maior suporte social. A validade do instrumento foi verificada por Sherbourne e Stewart (1991 cit. por Ruland <i>et al.</i>, 2013) e a fidelidade do instrumento para este estudo foi de 0,81.</p> <p>Descreve as estratégias de análise de dados? Que tipos de análises estatísticas são realizados? (descritiva, inferencial, etc.) São adequadas ao tipo de estudo e ao nível de medida? Foram realizadas análises de intenção-de-tratar, independentemente de os participantes se terem conectado ou não ao WebChoice. Foram utilizados modelos lineares de efeitos mistos para comparar os grupos ao longo do tempo em relação aos <i>outcomes</i> primários e secundários.</p> <p>Os dados foram analisados através do programa SAS 9.1.3. As estratégias de análise são adequadas ao estudo.</p>
<p>RESULTADOS: Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Quais foram os resultados encontrados? Foram estatisticamente significativos (i.e., $p < .05$)? Se não, o estudo incluiu uma amostra grande o suficiente para evidenciar uma diferença importante, caso ela tenha ocorrido? No caso de múltiplos resultados, isso foi considerado para a análise estatística?</p> <p>Qual a importância clínica dos resultados? Houve diferença clinicamente significativa entre grupos? (se isso se aplica ao estudo)</p> <p>1. Utilização do sistema: 125 participantes do grupo experimental (77%) acederam aos WebChoice, pelo menos uma vez, enquanto que 23% nunca o fizeram. A única diferença entre os utilizadores e não-utilizadores foi que os primeiros tinham mais conhecimentos informáticos, embora esta diferença não fosse significativa ($p = .07$). A média de utilizações da plataforma foi de 60 vezes durante o período do estudo (um ano) embora com altas variações, isto é, entre dois e 892 acessos à plataforma. O fórum de discussão e a secção comunicativa com enfermeiros especialistas foram as mais frequentemente utilizadas. 62 participantes escreveram mensagens privadas aos enfermeiros, perfazendo um total de 385 mensagens, numa média de 6,2 por pessoa. 50 participantes colocaram mensagens no fórum de discussão, num total de 506 mensagens, numa média de 10,15 por pessoa. Apesar de tudo, os doentes visitaram o fórum maioritariamente para ler informação sem colocar mensagens.</p> <p>2. Sintomas de perturbação emocional: Para testar a hipótese de que o grupo experimental teria menores sintomas de perturbação emocional ao longo do tempo,</p>

	<p>comparativamente ao grupo de controlo, foram utilizados os modelos lineares de efeitos mistos.</p> <p>Apenas se verificaram diferenças significativas para o index global de perturbação emocional (<i>slope estimate</i>, -0.052; 95% IC, -0.101 a -0.004; $t = 4.42$; $p = .037$). Não se verificaram diferenças significativas no grupo ou entre os grupos nas restantes subescalas, assim como também, no <i>score</i> total da escala MSAS-SF.</p> <p>Deste modo, a hipótese de que a plataforma WebChoice reduziria os sintomas de perturbação emocional foi apenas suportada parcialmente. Apesar disto, verificou-se uma redução, embora não significativa, nos sintomas de perturbação emocional em todas as subescalas e na pontuação total da escala, enquanto no grupo de controlo a tendência foi de aumentar os sintomas de perturbação emocional.</p> <p>3. Depressão, autoeficácia, qualidade de vida e suporte social:</p> <p>Para testar a hipótese de que o grupo experimental teria melhores resultados ao longo do tempo na depressão, autoeficácia, qualidade de vida e suporte social foram também utilizados modelos lineares de efeitos mistos. Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos em qualquer um dos resultados secundários, pelo que a hipótese foi rejeitada. Apesar disto, os participantes no grupo experimental demonstraram melhorias significativas quanto à depressão (<i>slope estimate</i>, -0.41; 95% IC, -0.71 a -0.11; $t = -2.71$; $p = .007$), ao contrário do grupo de controlo. Adicionalmente a isto, os participantes do grupo de controlo diminuíram significativamente a autoeficácia (<i>slope estimate</i>, -3.77; 95% IC, -6.38 a -1.15; $t = -2.82$; $p = .005$) e a qualidade de vida (<i>slope estimate</i>, -0.01; 95% IC, -0.01 a -0.00; $t = -2.77$; $p = .006$), contrariamente ao grupo experimental. Não se registaram diferenças entre os grupos e no próprio grupo quanto ao suporte social.</p> <p>Quanto aos participantes diagnosticados recentemente ($n=174$), verificaram-se reduções significativas na pontuação total da escala MSAS-SF (<i>slope estimate</i>, -0.11; 95% IC, -0.20 a -0.01; $t = -2.27$; $p = .024$), assim como nas subescalas: index de perturbação emocional (<i>slope estimate</i>, -0.13; 95% IC, -0.22 a -0.05; $t = -3.07$; $p = .003$) e sintomas físicos (<i>slope estimate</i>, -0.12; 95% IC, -0.22 a -0.03; $t = -2.51$; $p = .013$) ao contrário do grupo de controlo. Quanto à subescala sintomas psicológicos verificaram-se diferenças quase significativas (<i>slope estimate</i>, -0.10; 95% IC, -0.20 a 0.00; $t = -1.9$; $p = .06$) no grupo experimental. Quanto aos restantes <i>outcomes</i>, o grupo de intervenção obteve uma melhoria significativa na autoeficácia (<i>slope estimate</i>, 5.97; $t = 2.34$; $p = .02$), facto não observado no grupo de controlo.</p> <p>Quanto aos participantes diagnosticados há mais de dois anos ($n=74$) não se verificaram diferenças no grupo ou entre os grupos em qualquer uma das escalas avaliativas dos sintomas de perturbação emocional. Apesar disto, o grupo de controlo reduziu os níveis de autoeficácia (<i>slope estimate</i>, -3.46; 95% IC, -6.84 a 0.08; $t = -2.01$; $p = .04$) e verificou-se uma tendência decrescente da qualidade de vida (<i>slope estimate</i>, -0.01; 95% IC, -0.01 a 0.00; $t = -1.76$; $p = .08$) e da depressão (<i>slope estimate</i>, 0.37; 95% CI, -0.06 a 0.79; $t = 1.7$; $p = .09$) ao contrário do grupo experimental.</p> <p>De acordo com os autores, estes resultados, apesar de exploratórios, sugerem que intervenções como a plataforma interativa WebChoice podem funcionar de modo distinto para doentes oncológicos em diferentes fases da doença e do tratamento.</p>
CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS:	<p>O que o estudo concluiu?</p> <p>Apesar das hipóteses deste estudo serem suportadas parcialmente, o estudo demonstrou que a plataforma interativa</p>

<p>As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p><i>WebChoice</i> é uma ferramenta útil no apoio aos doentes oncológicos, no sentido de autogerirem com maior eficácia a sua doença e reduzirem sintomas de perturbação emocional.</p> <p>Ainda que não se tenham verificado diferenças entre os grupos no que respeita à depressão, autoeficácia, qualidade de vida e suporte social, os benefícios da plataforma são consideráveis. São necessários mais estudos para afirmar que a plataforma interativa <i>WebChoice</i> pode educar, capacitar e empoderar os doentes a gerirem melhor a doença e a satisfazerem as suas necessidades em termos de cuidados especializados.</p>
<p>A importância clínica está descrita?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>Quais as implicações desses resultados para a prática clínica?</p> <p>Este estudo sugere que a plataforma interativa <i>WebChoice</i> pode-se constituir um suplemento a prática clínica dado poder responder às necessidades de suporte dos doentes oncológicos. Os enfermeiros prestam uma atenção especial à autogestão da doença e do autocuidado portanto, deverão ser particularmente capazes de apoiar os doentes através de plataformas interativas que minimizem o impacto do cancro nas vidas diárias dos doentes. Questões e preocupações estão muitas vezes na razão que leva os doentes a recorrer a apoio médico, o que pode demorar semanas. Através de um sistema de suporte utilizando plataformas interativas, os enfermeiros podiam reduzir as necessidades do utente e o tempo necessário para sua recuperação. Dadas as conjeturas económicas, esta estratégia pode vir a ser um suplemento viável para promover a qualidade de vida de muitos utentes. Deste modo, os enfermeiros deverão utilizar estas plataformas para ajudar os doentes a autogerir eficazmente a sua doença.</p> <p>Quais foram as principais limitações ou erros no estudo?</p> <p>O tamanho da amostra foi pequeno o que contribuiu para as grandes variações nas características da amostra, podendo explicar as diferenças não significativas na maioria dos parâmetros avaliados.</p> <p>Dados os estadios de doença dos participantes, os autores não foram capazes de diferenciar os efeitos de cada tratamento nos participantes, podendo existir doentes que completaram quimioterapia intensiva com variadíssimos sintomas de perturbação emocional enquanto que outros podem ter feito o tratamento durante semanas ou meses sem quaisquer sintomas, o que pode ter influenciado os resultados.</p>
<p>Os resultados do estudo são generalizáveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>Dado que a amostra foi constituída por pessoas que se voluntariam a participar no estudo, a generalização dos resultados ficou limitada porque, provavelmente, os participantes que participaram neste estudo apresentavam um papel mais ativo e níveis de compromisso e autoeficácia maiores do que os doentes oncológicos em geral. Além disto, os participantes do estudo apresentaram altos rendimentos (provavelmente devido ao critério de inclusão da amostra definido como doentes com acesso à internet em casa) e altos níveis de escolaridade do que a média da população, sugerindo uma não representatividade da amostra.</p>

Anexo VIII – Qualidade metodológica dos estudos incluídos

CLASSIFICAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS

Estudo	ITENS																		Score Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Estudo 1 Coleman <i>et al.</i> (2005)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	17/18
Estudo 2 Cho <i>et al.</i> (2006)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	16/18
Estudo 3 Godino <i>et al.</i> (2006)	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	13/18
Estudo 4 Badger <i>et al.</i> (2007)	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	16/18
Estudo 5 Grenier <i>et al.</i> (2007)	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	8/18
Estudo 6 Wonghongkul <i>et al.</i> (2008)	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17/18
Estudo 7 Oh e Kim (2010)	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	15/18
Estudo 8 Chou e Lin (2011)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	17/18
Estudo 9 Korstjens <i>et al.</i> (2011)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	15/18
Estudo 10 Ruland <i>et al.</i> (2013)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18/18

LEGENDA: (1) "A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?"; (2) "A revisão da literatura está atualizada?"; (3) " (O objetivo) Está claramente descrito?"; (4) Desenho de estudo (experimental/quasi-experimental); (5) Randomização da amostra; (6) "A amostra foi descrita detalhadamente?"; (7) "Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra?"; (8) "Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?"; (9) "A intervenção está descrita detalhadamente?"; (10) "A 'contaminação' foi evitada?"; (11) "A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, se as variáveis parasitas foram controladas?"; (12) "As medidas utilizadas estão descritas?"; (13) "As medidas apresentam validade?"; (14) "As medidas apresentam fidelidade?"; (15) "Os métodos de análise de dados estão descritos?"; (16) "Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?"; (17) "Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?"; e (18) "As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?".